

UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 1974-1975

THESE N° 336

UN ASPECT DE LA RELATION MEDICALE

Comment le spécialiste psychiatre est vu par le
médecin praticien

THESE

pour le Doctorat D'état en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en JUIN 1975

par

BACH Claude Germain Joseph

Interne des Hopitaux Psychiatriques

Membres du Jury

GAYRAL

Président

BOLLINELLI

ARMENGAUD

Assesseurs

OULES

MILLET

Suppléant

UN ASPECT DE LA RELATION MEDICALE

Comment le spécialiste psychiatre est vu par le
médecin praticien

THESE

pour le Doctorat D'état en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en JUIN 1975

par

BACH Claude Germain Joseph

Interne des Hopitaux Psychiatriques

Membres du Jury

GAYRAL

Président

BOLLINELLI

ARMENGAUD

Assesseurs

OULES

MILLET

Suppléant



UNIVERSITE PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne - 31077 TOULOUSE CEDEX

Président de l'Université
1er Vice-Président
2ème Vice-Président
3ème Vice-Président Etudiant

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARTIN
Mlle RIVEMALE

TABLEAU DU PERSONNEL DES FACULTES DE MEDECINE GROUPEES DANS L'UNIVERSITE PAUL SABATIER

HONORARIAT

Doyen honoraire
Doyen honoraire
Doyen honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALVET
M. BRUSTIER
M. LAZORTHES
M. VALLOIS
M. TAPIE
M. DELAS
M. RISER
M. BUGNARD
M. VINCENT
M. MOREL
M. BOUISSET

Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALMETTES
M. THOMAS
M. LAGROT
M. DESFORGES-MERIEL
M. FABRE P.
M. JAHIER
M. SENDRAIL
M. PONS
M. SOREL
M. PLANQUES
M. MARQUES

FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Doyen : M. BOLLINELLI

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARMENGAUD	Clinique des Maladies Infectieuses
M. AUVERGNAT	Biophysique Médicale A
M. BAZEX	Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
M. BASTIDE	Anatomie
M. BEC	Ophtalmologie
M. BESSOU	Physiologie
M. BOULARD	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale
M. BROUSSY J.	Embryologie Générale
M. DALOUS	Clinique Médicale Infantile A
M. DAMBRIN	Pathologie Chirurgicale
M. DARDEENNE	Clinique Médicale et Cardiologique
M. DELAUE	Clinique de Pneumo-ptysiologie
M. DENARD	Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
M. DUCOS	Immunologie
M. ESPAGNO J.	Neuro-Chirurgie
M. FABRE J.	Anatomie Pathologique
M. GADRAT	Clinique Médicale Sud
M. GAYRAL	Psychiatrie d'Adultes
M. GREZES-RUEFF	Médecine Légale et Médecine du Travail
M. GRIMOUD	Clinique Chirurgicale et du Cancer

FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Doyen : M. ENJALBERT

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARLET	Rhumatologie
M. BAISET	Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. BIERME	Hématologie
M. BIMES	Histologie
M. BOUISSOU	Anatomie Pathologique
M. BRU	Biophysique Médicale B
M. CADENAT	Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale
M. CALAZEL	Cardiologie Clinique et Expérimentale
M. CLAUX	Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
M. DARNAUD	Thérapeutique
M. DEODATI	Clinique Ophtalmologique
M. DOUSTE-BLAZY	Biochimie Médicale
M. DUPRE	Dermato-Vénérologie
Mme ENJALBERT	Bactériologie et Virologie
M. ENJALBERT	Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire
M. FICAT	Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie
M. GEDEON	Clinique Chirurgicale
M. GERAUD	Clinique Neurologique et Psychiatrique
M. GUILHEM	Histologie
M. JUSKIEWENSKI	Anatomie Appliquée

M. LAPORTE J. Séméiologie et Clinique Médicale
M. LARENG Anesthésie et Réanimation
M. MONNIER Hygiène et Médecine Sociale
M. MONROZIES Accouchement et Obstétricie Sociale
M. MONTASTRUC Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. PASQUIE Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie
M. PLANEL Biologie Médicale
M. RASCOL Neurologie
M. REGNIER Clinique Médicale Infantile B
M. RIBAUT Pathologie Médicale
M. RUFFIE R. Clinique Rhumatologique
M. VALDIGUIE P Biochimie Médicale

M. LAZORTHES G. Clinique de Neuro-chirurgie
M. LE TALLEC Médecine Interne
M. LHEZ Cliniques des Maladies des Voies Urinaires
M. MIGUERES Pneumo-Phtisiologie
M. PONTONNIER A. Clinique Obstétricale
M. POULHES Clinique Chirurgicale A et Gynécologie
M. ROULLEAU Electro-radiologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)

M. ALBAREDE (M.C.A.) Pneumo-Phtisiologie
M. ARBUS (M.C.A.) Médecine Légale et Toxicologie
M. BARTHE (M.C.A.) Pédiatrie
M. BESOMBES (M.C.A.) Physiologie
M. BOLLINELLI (P.S.C.) Pneumo-Phtisiologie
M. CATHALA (M.C.A.) Anesthésiologie
M. COLOMBIES (M.C.A.) Hématologie
M. COMBELLES (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse
M. COMBES (P.S.C.) Radiologie
M. CONTE (M.C.A.) Néphrologie
M. COSTAGLIOLA (P.S.C.) Chirurgie Générale
M. DUFFAUT (M.C.A.) Médecine Interne
M. ESCHAPASSE (P.S.C.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ESTRADE (P.S.C.) Cancérologie
M. FABRE Jean (P.S.C.) Anatomie Pathologique
M. FEDOU (P.S.C.) Médecine Interne
M. FOURNIE A. (M.C.A.) Rhumatologie
M. GAILLARD (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. GALINIER (M.C.A.) Médecine Interne
M. GAY (M.C.A.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique
M. GHISOLFI (M.C.A.) Pédiatrie
M. GUIRAUD R. (P.S.C.) Biophysique
M. GUIRAUD-CHAUMEIL B. (M.C.A.) Neurologie
M. LACOMME (M.C.A.) O.R.L.
Mme LARENG (P.S.C.) Bactériologie - Virologie
M. LARROUY (P.S.C.) Parasitologie
M. LAZORTHES F. (M.C.A.) Chirurgie Générale
M. PAGES (P.S.C.) Physiologie
M. PASCAL (M.C.A.) Hépto-gastro Entérologie
M. PONTONNIER F. (MCA) Urologie
M. PRIS (M.C.A.) Hématologie, Maladies du Sang (option clinique)
M. PUTOIS (M.C.A.) Radiologie
M. SALVADOR (M.C.A.) Thérapeutique Réanimation - Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie
M. SOLEILHAVOUP (M.C.A.) Histologie, Embryologie, Cytogénétique
M. UTHEZA (P.S.C.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique

PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)

M. BAYARD (M.C.A.) Endocrinologie
M. BECUE (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse
M. BERNADET (M.C.A.) Cardiologie
M. BES (P.S.C.) Neurologie
M. BOUNHOURE (M.C.A.) Cardiologie
M. CARTON (M.C.A.) Cancérologie
Mme DIDIER (M.C.A.) Bactériologie, Virologie
M. ESCAT (P.S.C.) Chirurgie Générale
M. FABIE (M.C.A.) Stomatologie
M. FREXINOS (M.C.A.) Hépatologie, Gastro-entérologie
M. GAUBERT (P.S.C.) Chirurgie Infantile
M. GERAL (P.S.C.) Physiologie
M. GOUZI (M.C.A.) Chirurgie Générale
M. JOVER (M.C.A.) Pneumo-Phtisiologie
M. LAZORTHES Y. (MCA) Neuro-chirurgie
M. MANELFE (M.C.A.) Radiologie
M. MORON (M.C.A.) Psychiatrie Infantile
M. OHAYON (M.C.A.) Immunologie (option bioclinique)
M. PONTONNIER G. (MCA) Gynécologie, Obstétrique
M. PUEL (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. PUJOL (M.C.A.) Médecine du Travail
M. REGIS (M.C.A.) Biophysique
M. RIBET (P.S.C.) Hépto-gastro Entérologie
M. ROCCHICOLI (M.C.A.) Pédiatrie
M. RUMEAU (M.C.A.) Anatomie Pathologique
M. SARRAZIN (P.S.C.) Chirurgie Générale
M. SEGUELA (M.C.A.) Parasitologie
M. SUC (P.S.C.) Néphrologie
M. THOUVENOT (M.C.A.) Biochimie
M. VALDIGUIER (P.S.C.) Biochimie
M. VIRENQUE (M.C.A.) Anesthésiologie

AGREGES LIBRES

M. GLEIZES Pathologie Expérimentale
M. SOUQUET Chirurgie Générale

AGREGES LIBRES

M. ESPAGNO G. Obstétrique

Secrétaire Général de l'Université :

M. PRINEAU

Liste arrêtée le 20 Février 1975

A MARIE-CHRISTINE ET NICOLAS,

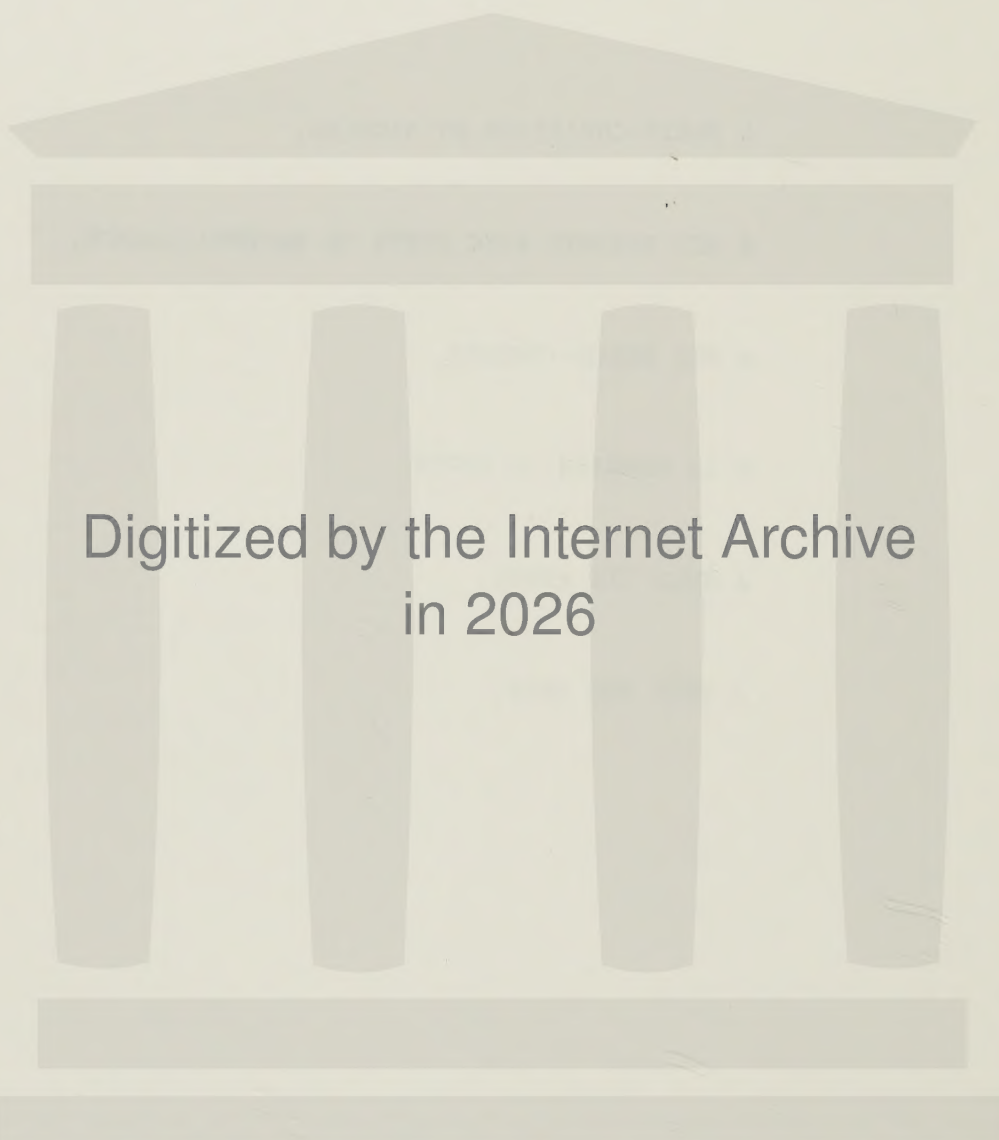
A MES PARENTS AVEC TOUTE MA RECONNAISSANCE,

A MES BEAUX-PARENTS,

A LA MEMOIRE DE ROGER,

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546613_0006

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS GAYRAL

Professeur de Psychiatrie et Psychologie Médicale
Médecin des Hôpitaux

Notre premier contact avec votre enseignement nous a déterminé dans le choix de la spécialité de Psychiatrie.

Nous avons trouvé auprès de vous, le double enseignement d'un clinicien dont la rigueur intellectuelle a toujours suscité notre admiration, et d'un humaniste dont l'enseignement demeurera une source inépuisable d'enrichissement tant médical que personnel.

Vous nous avez fait le grand honneur de nous confier ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT BOLLINELLI

Professeur de Médecine Générale et Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Doyen de la Faculté de Médecine de TOULOUSE PURPAN

Nous avons effectué dans votre service un de nos premiers stages d'étudiant hospitalier. Vous nous avez appris à mettre en pratique nos connaissances théoriques aux cours de vos consultations.

Nous conservons ce souci de la précision d'un examen médical et de la démarche intellectuelle qui l'anime.

Vous nous faites l'honneur de faire partie de notre jury, nous vous exprimons notre gratitude et notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAXIME ARMENGAUD

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez accueilli dans votre service
pour effectuer notre stage interné.

Avec patience et bienveillance, vous avez
hautement contribué à nous apporter cette forma-
tion de Médecin généraliste si nécessaire à notre
pratique quotidienne.

La rigueur de votre démarche médicale et
votre haute probité morale demeurent pour nous
l'exemple le plus inaltérable.

De tout cela, nous vous sommes infiniment
reconnaissant.

MONSIEUR LE DOCTEUR OULES

Chargé de cours à la Faculté
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Vous nous faites l'honneur de vous intéresser à ce travail.

Nous vous remercions très respectueusement d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN MILLET

Chargé de cours à la Faculté de Médecine

Vous nous avez toujours accueilli avec la plus grande bienveillance.

Nous ne pouvons oublier que nous devons à vos cours et à l'enseignement que vous nous avez prodigué, une large part de la formation théorique et clinique que nous avons pu acquérir. Nous avons toujours apprécié vos grandes qualités humaines.

Nous vous exprimons notre gratitude et notre profond respect.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MORON

Maître de Conférences - Agrégé de Psychiatrie
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez prodigué un enseignement tant théorique que pratique, qui demeurera décisif pour notre conception de la psychiatrie.

Vous représentez cette image de psychiatre-médecin à part entière, à laquelle nous aspirons.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL ESCANDE

Chef de Clinique et Assistant des Hôpitaux

A votre contact quotidien, nous avons acquis l'essentiel de nos connaissances psychiatriques.

Votre disponibilité, votre talent pédagogique, et l'étendue de vos connaissances, ont été pour nous une source inépuisable d'enrichissement et de réflexions.

Vous nous avez aidé dans l'élaboration de notre travail, avec cette rigueur de jugement qui a toujours suscité notre admiration.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissant.

MESSIEURS LES DOCTEURS KARKOUS ET JORDA

Anciens Internes des Hôpitaux

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté

Au contact de votre équipe vivante et dynamique, nous avons connu une nouvelle dimension de la pratique psychiatrique.

Veillez recevoir ici, l'expression de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN BACIOCCHI

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous avons été Interne dans vos services, et c'est avec vous que nous avons continué d'acquiescer nos connaissances, notre pratique, et notre conception de la Psychiatrie hospitalière.

Nous vous en sommes sincèrement reconnaissant.

UN ASPECT DE LA RELATION MEDICALE :
COMMENT LE SPECIALISTE PSYCHIATRE EST VU
PAR LE MEDECIN PRATICIEN

Travail de la Clinique
Universitaire de Psychiatrie
(Pr. L. GAYRAL)
Faculté de Médecine - Purpan
TOULOUSE

"LES MEDECINS SONT A LA HAUTEUR DE LEUR TACHE DANS LA MESURE
OU ILS SONT PSYCHIATRES"

JASPERS

INTRODUCTION

La relation entre médecin non psychiatre et psychiatre peut apparaître au premier abord comme complémentaire. Le psychiatre, spécialiste des maladies psychiques apporte au médecin le complément nécessaire à sa pratique quotidienne. En fait psychiatre et médecin, (surtout le généraliste) se voient tous deux confrontés à des malades pour lesquels, s'il n'est pas toujours nécessaire d'être psychiatre afin de les prendre en charge efficacement, il faut être plus que médecin.

Où doit s'arrêter le travail du généraliste ? A partir de quel moment se situe l'intervention du psychiatre ?

Ainsi se trouve posé le problème de la bi-appartenance du malade, avec plus d'acuité que pour les autres spécialités. Dès lors ce n'est plus en terme de complémentarité que se situe la relation psychiatre-médecin non psychiatre. Nous touchons là un des aspects modernes de ce problème dû au remaniement de la pratique psychiatrique durant ces dernières années.

A l'origine de ce remaniement on peut individualiser deux faits :

- Les considérables progrès de la psychopharmacologie.
- L'essor des psychothérapies.

Le psychiatre s'est peu à peu dégagé de sa fonction d'entomologiste pour entrer dans une ère de thérapeutique de plus en plus précise et efficace. Les progrès de la thérapeutique biologique ont permis une multitude d'approches de la maladie mentale, jusqu'alors soupçonnées mais difficilement praticables.

L'évolution actuelle tend à se faire vers une thérapie plus éclectique, grâce à l'intégration en une seule entité du biologique et du psychique conscient et inconscient.

Afin d'approcher ces aspects modernes des relations entre psychiatres et médecins non psychiatres, nous avons, suivant l'idée directrice suggérée par Monsieur le Professeur GAYRAL, procédé à une enquête du type sondage d'opinions.

Cette enquête nous a fourni un matériel d'étude à partir duquel nous avons tenté une approche bidimensionnelle.

- Approche psychosociologique
- Approche psychodynamique et phénoménologique

Toujours en référence aux réponses à notre enquête, nous avons essayé d'expliquer la nature des problèmes qui rendent la relation psychiatre, médecin non psychiatre difficile.

Enfin, nous avons dégagé de notre matériel d'étude les perspectives d'avenir : ce qui pourrait être tenté en vue d'améliorer les relations.

P L A N

INTRODUCTION

CHAPITRE I : APERCU SUR LES MOTIVATIONS DE NOTRE TRAVAIL

- I - Aperçus du problème relationnel
- II - Historique du problème
 - a) Les découvertes de Freud
 - b) La naissance de la chimiothérapie
 - c) La multiplication des modèles conceptuels
- III - Spécificité du problème et psychiatrie
- IV - Le désir du psychiatre

CHAPITRE II : TRAVAUX CONSACRES A LA COMMUNICATION ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS NON PSYCHIATRES

- I - "La communication entre les psychiatres et d'autres spécialistes des sciences humaines"
(H. LUCCIONI, E. BOGGIO-POLA, J.C. SCOTTO - Marseille)
- II - "La communication entre les psychiatres, les généralistes et autres spécialistes des sciences humaines".
(Demetrio BARCIA, Carmen LEAL, Manuel GOMEZ-BENEYTO, Isabel THOMAS) Espagne

TRAVAIL PERSONNEL

=====

CHAPITRE III : PROTOCOLE D'ETUDES

- A - Description du questionnaire
- B - La diffusion des questionnaires
- C - Le choix des praticiens interrogés
- D - Difficultés tenant à la méthode choisie
- E - Difficultés tenant à l'interpréteur
- F - Avantages de cette méthode

CHAPITRE IV : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE - APPROCHE PSYCHO-
SOCIOLOGIQUE

I - Qui a répondu ?

- a) Nombre de médecins
- b) Caractéristiques des médecins
 - 1 - Qualification
 - 2 - Age
 - 3 - Modalités d'exercice

II - Analyse du contenu des réponses à la question (Ba)

"Quelle image avez-vous du psychiatre ?"

a) Catégorisation et analyse qualitative

- 1 - Image d'un spécialiste comme les autres
- 2 - Image dépendante de l'homme qui exerce cette spécialité
- 3 - Image plutôt positive
- 4 - Image plutôt négative
 - * Trop de chimiothérapie
 - * Pas assez de psychothérapie
 - * Image d'un spécialiste marginal
 - Ambivalence
 - * Opinions plus rarement exprimées
- 5 - Image idéalisée

b) Analyse quantitative

III - Expression des résultats à la question (Ca)

"Quelle proportion de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques voyez-vous ?"

IV - Expression des résultats à la question (Cb)

"Pour combien de ceux-là demandez-vous l'avis d'un psychiatre ?"

- a) Etude des corrélations à la question (Ca)
- b) Etude des corrélations à la question (Cb)
- c) Commentaires

V - Résultats de l'analyse des réponses à la question (Cc)

"Cette relation avec le psychiatre vous donne-t-elle généralement satisfaction ?"

- a) Réponses "oui"
- b) Réponses "non"
- c) Réponses "oui et non".

VI - Résultats à la question (Cd)

"Si c'est non pouvez-vous nous dire pourquoi ?"

a) Catégorisation et analyse qualitative

- 1 - A cause de l'homme psychiatre
- 2 - A cause de sa technique
- 3 - La relation envisagée dans son aspect confraternel

b) Analyse quantitative des catégories

VII - Résultats à la question (Ce)

"Quelles suggestions faites-vous pour le bon établissement de la communication entre le médecin et le psychiatre".

a) Catégorisation et analyse qualitative

- 1 - Formation du psychiatre
- 2 - L'exercice du psychiatre
 - * La lettre
 - * La psychothérapie
 - * Le rôle de l'environnement
- 3 - L'image du psychiatre
- 4 - La formation du généraliste
- 5 - La collaboration avec le généraliste

b) Analyse quantitative des résultats

CHAPITRE V : INTERPRETATION PSYCHODYNAMIQUE ET APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE
DU CONTENU DES REPONSES

CHAPITRE VI : LA COMMUNICATION ENTRE PSYCHIATRE ET MEDECIN NON PSYCHIATRE
ABORD THEORIQUE

I - La relation médecin-malade

- a) Le spécialiste
- b) Le généraliste
- c) Le psychiatre

II - La maladie mentale : obstacle à la communication

- a) L'appréhension de l'affection psychiatrique
- b) La guérison
- c) La notion de normalité
- d) La maladie mentale échappe à notre pouvoir, à notre savoir

CHAPITRE VII : PERSPECTIVE D'AVENIR

I - L'exercice du psychiatre

II - La formation du psychiatre

III - La formation du généraliste

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

CHAPITRE I : APERCU SUR LES MOTIVATIONS DE NOTRE TRAVAIL

I - APERCUS DU PROBLEME RELATIONNEL

Tout praticien qui s'installe est surpris par la forte demande de nature psychiatrique et psychologique de la clientèle. Les différentes enquêtes donnent des chiffres de 30 à 50 pour cent. Il ne s'agit pas tellement de psychiatrie "lourde" aux cadres nosologiques précis mais plutôt de problèmes affectifs et relationnels plus ou moins complexes. Le médecin en difficulté peut avoir recours au psychiatre, mais cette démarche n'est pas toujours simple. Suggérer à un malade de consulter un psychiatre est moins facile que le convaincre d'aller voir un cardiologue ou un autre spécialiste. Les difficultés apparaissent alors. Par exemple le psychiatre peut limiter son rôle à faire un diagnostic et suggérer une thérapeutique ; cette attitude peut être vécue par le médecin comme un refus à prendre en charge un malade "difficile" ; elle peut être au contraire bien acceptée par le médecin qui conserve alors la tutelle de "son" patient. Dans d'autres cas la prise en charge au long cours du malade par le psychiatre, même justifiée, est mal vécue par le praticien : il se sent dépossédé, frustré, blessé dans son estime, son omnipotence. Ces quelques faits ne traduisent-ils pas l'ambiguïté de certains médecins quant à leurs désirs de demande d'intervention du psychiatre pour leurs malades ?

Lorsqu'il s'agit d'hospitalisation, la résistance est plus grande encore. Le caractère laconique des lettres, l'ambiguïté de la demande qu'elles traduisent, la pauvreté des contacts établis pendant ces périodes en témoignent.

Après avoir interrogé et écouté plusieurs confrères et sans oublier qu'ici et là les relations peuvent être satisfaisantes, on ne peut nier l'existence d'un problème de communication entre les psychiatres et les autres médecins.

II - HISTORIQUE DU PROBLEME

L'époque du psychiatre confiné derrière les murs de son asile est révolue. A cette époque le problème de la communication ne se posait pas. Sur le plan historique quatre phénomènes ont profondément remanié la pratique psychiatrique, mais aussi ses rapports avec la médecine, imprimant aux relations entre psychiatres et médecins des aspects nouveaux.

a) Les découvertes de Freud à la fin du 19^e siècle apportent à la psychiatrie une dimension nouvelle, celle de la signification des symptômes et des conduites pathologiques. Les théories de l'inconscient permettent de situer les origines de certains troubles mentaux non plus dans la constitution mais dans la vie instinctivo-affective profonde de l'individu. L'apport de cette psychologie des profondeurs va donner un style nouveau à la psychiatrie, et contribuer à désaliéner le malade et le psychiatre. L'oeuvre de Freud vient stigmatiser les tentatives d'humanisation effectuées préalablement par Pinel et Esquirol.

Qu'on le veuille ou non, la découverte freudienne représente le support théorique des phénomènes cachés qui s'inscrivent dans la relation entre le patient et le psychiatre ou le médecin, ainsi que dans celle du médecin et du psychiatre. C'est probablement la réticence consciente et la résistance inconsciente de nombreux psychiatres et médecins à cet aspect profond et caché de la communication qui sont à l'origine du peu de crédit accordé à ces problèmes. Les aborder c'est s'impliquer dans son intégralité. Nous touchons là le noyau fondamental et peut être angoissant du problème.

b) La deuxième révolution correspond à la naissance de la chimiothérapie, à la suite des travaux de Delay et ses collaborateurs (1952). La psychiatrie entre dans une ère dominée par la médicalisation de ses techniques.

L'apport de la chimiothérapie bouleverse la psychiatrie. Elle contribue à désaliéner le malade mais fait passer au deuxième plan les découvertes de Freud, au profit d'une thérapeutique plus pragmatique. La psychiatrie devient ainsi une science médicale à part entière : les traitements sont essentiellement biologiques et il convient dès lors de tenter d'en expliquer les mécanismes d'action.

Aujourd'hui la chimiothérapie psychotrope est entrée dans l'arsenal thérapeutique de tout médecin. Devenant l'instrument du généraliste elle lui ouvre des perspectives nouvelles dans sa pratique quotidienne. La réduction de la durée d'hospitalisation des malades mentaux, leurs sorties plus précoces et plus fréquentes imposent au généraliste la surveillance des traitements et une articulation de son travail avec celui du psychiatre.

c) Après le grand essor des thérapeutiques biologiques dont les limites tentent d'être précisées actuellement, on assiste à un regain d'intérêt pour la psychologie des profondeurs et les psychothérapies en général. Ce courant est pénétré par les interventions de nombreux courants philosophiques, sociologiques, ethnologiques, voire politico-économiques. Le recours au psychiatre dans ces nombreux domaines para-psychiatriques et la publicité qu'on lui accorde, souvent malgré lui, lui confère une omnipotence qui retentit sur la relation médecin-psychiatre. La sectorisation a stigmatisé les rôles multiples du psychiatre et elle est souvent vécue comme une menace. En effet si l'attitude protectrice du psychiatre envers le malade mental est assez bien acceptée, sa vocation prophylactique est mal vécue car elle équivaut à considérer les gens "sains" comme de virtuels malades. Ce fait nouveau tend à faire considérer le psychiatre comme un médecin trop puissant qui veut trop en faire. Nous sommes renvoyés là au problème si difficile des frontières du normal et du pathologique.

d) En même temps on assiste à la multiplication des modèles conceptuels de la maladie mentale, du malade et des influences du milieu d'environnement. Certaines écoles tentent d'ébaucher "une nouvelle psychiatrie" voire de remettre en question l'appartenance de la psychiatrie à la médecine. Qu'en est-il du retentissement de ces querelles doctrinales sur l'attitude de l'omnipraticien à l'égard du psychiatre ? Ces situations nouvelles plus ou moins conflictuelles qui posent des problèmes au psychiatre, retentissent-elles sur le médecin généraliste ?

Enfin la création du certificat d'études spéciales de Psychiatrie en rompant les liens avec la Neurologie a fait apparaître une nouvelle "race" de spécialistes. Cela semble susciter une certaine ambiguïté de la part des médecins dans la manière de percevoir ce nouveau confrère. Est-il davantage un psychologue doté d'un pouvoir de prescription médicale ?

III - SPECIFICITE DU PROBLEME ET PSYCHIATRIE

Les progrès de la médecine moderne rendent de plus en plus difficile la relation entre le médecin et le malade. Pour le médecin contemporain, un très grand nombre de problèmes tendent à être formulés en termes techniques. La tendance devient grande de réduire à son minimum le contact personnel afin de porter toute l'attention sur les questions techniques. C'est ce qui tend à caractériser toutes les spécialités. La prévalence de la technique dans de nombreux cas médicaux entraîne le morcellement et la fragmentation du malade et des problèmes qu'il pose. Le spécialiste cesse d'être un médecin humaniste, il devient un technicien d'organes pleins ou creux et de liquides biologiques. Le spécialiste est ainsi un objet complémentaire du médecin, un prolongement à haute technicité. Finalement seuls l'omnipraticien et le psychiatre conservent le privilège de considérer le malade dans son intégralité corporelle et mentale. Nous approchons là un des aspects modernes des origines des difficultés relationnelles entre l'omnipraticien et le psychiatre.

Nul ne songerait à poser le problème des relations entre généraliste et O.R.L. par exemple en termes semblables.

IV - LE DESIR DU PSYCHIATRE

Le support de la relation entre psychiatre et médecin est le malade. Il reste la motivation la plus fondamentale. En effet si la communication entre psychiatre et médecin est distordue, le malade peut en souffrir. D'objet commun il peut devenir objet de désir caché, de rivalité, voire victime de cette relation viciée. La bi-appartenance fantasmatique et conventionnelle de certains malades au psychiatre et au médecin nous conduit à tenter l'approche des mouvements relationnels et des facteurs psychodynamiques qui sous-tendent la relation entre psychiatre et médecin.

Par ailleurs le psychiatre est par vocation le spécialiste de la communication, cette caractéristique justifie à elle seule le travail que nous entreprenons

Pour conclure ce préambule, nous citerons un extrait de la réponse d'un médecin Rhumatologue qui écrit :

"Le psychiatre, obsédé par sa spécialité se croit mal aimé..."

Le sentiment de ce médecin mérite d'être invoqué dans les motivations qui ont suscité notre travail.

CHAPITRE II : TRAVAUX CONSACRES A LA COMMUNICATION

ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS NON PSYCHIATRES

Deux publications ont été effectuées sur ce thème, toutes deux éditées par la Societa Mediterranea di Psichiatria à la suite de 3ème Congrès de Sorrento, les 19-20-21 Octobre 1972.

I - "LA COMMUNICATION ENTRE LES PSYCHIATRES ET D'AUTRES SPECIALISTES DES SCIENCES HUMAINES"

H. LUCCIONI, E. BOGGIO-POLA, J.C. SCOTTO (Marseille)

Les auteurs ont procédé à une enquête auprès de 17 généralistes qui tous habitent la ville d'Aix-en-Provence. Ils ne mentionnent pas les critères du choix des médecins interrogés. La question posée était "quelle image avez-vous du psychiatre ?". La réponse a été enregistrée sur magnétophone sans intervention de l'enquêteur. Selon les auteurs, la présence du magnétophone n'a pas gêné la spontanéité de l'expression.

Le contenu de chaque discours a fait l'objet d'une analyse dont les réponses ont été regroupées sous deux aspects, l'un "négatif", l'autre "positif". Les phrases rassemblées dans l'aspect négatif sont les suivantes :

- Le psychiatre est un parleur qui emploie souvent, sinon toujours, des mots que nous ne connaissons pas".
- "Le psychiatre est le spécialiste qui ne répond jamais... qui nous rejette de la relation médecin-malade...".
- "Le psychiatre nous fait un peu peur".
- "Le psychiatre effraie le patient... Nous n'osons pas prononcer ce mot...".
- "Le psychiatre est à peine un médecin... Sa position est très marginale... nous ne comprenons pas toujours son comportement..".
- "Le psychiatre n'est pas adapté à la médecine moderne... Sa thérapeutique est le plus souvent inefficace, sinon dangereuse.."

- "Notre formation médicale nous a appris, en face d'un malade, à poser un diagnostic, à instituer un traitement et alors, très rapidement émerge un pronostic. Avec le psychiatre ce modèle est inapplicable...".
- " Nous les rencontrons partout, sauf en face d'un malade... Ils veulent envahir la société moderne : l'urbanisme, la sociologie, l'organisation des loisirs, l'environnement, pour ne citer que quelques unes de leurs activités... Auraient-ils épuisé la relation avec le malade ?"
- "Avec les autres spécialistes, nous nous comprenons tout de suite..." Quand nous faisons appel à eux et que la difficulté rencontrée est d'ordre diagnostique, ou thérapeutique, ou pronostique, l'accord est total...".

Les passages les plus significatifs que les auteurs englobent sous le terme d'aspects positifs sont les suivants :

"Il arrive que, dans les relations entre le médecin et le malade, d'une manière plus générale entre l'individu-médecin et l'individu-malade, le médecin sente qu'il n'a plus de prise, qu'il a affaire à quelque chose de plus complexe, qui demanderait peut-être, pour arriver à une certaine connaissance, d'une part des entretiens extrêmement longs et, d'autre part, la possession du sujet, la connaissance des phénomènes psychologiques... Bien sûr, quand on a affaire à un sujet qui, manifestement, sort complètement du cadre normal, est installé dans la psychose... Encore faut-il dire que le généraliste en voit rarement : des psychotiques, j'en ai vus 3 ou 4, et encore on ne s'y est pas intéressé, surtout parce qu'on n'a pas la formation qui permette de dire : lui, c'est un paranoïaque, lui c'est un schizophrène... nous n'avons pas cette formation : par conséquent, dès qu'on a de tels malades, et souvent d'ailleurs ce sont des connus, on les envoie au neuro-psychiatre... et on ne les revoit plus ! Par contre, le problème se pose dans bien des circonstances psychologiques où on a affaire à des individus plus ou moins perturbés, des angoissés, des obsédés, des psychasthéniques dont on ne sait trop que faire. On les envoie donc au psychiatre, nous disant, le psychiatre est celui qui connaît et qui va nous donner une solution... Et bien la plupart du temps, il ne nous donne pas de

solution si ce n'est une camisole chimique pour le malade ; il nous renvoie le malade avec du Valium ou du Librium ou du Frénactyl etc... et puis voilà. Et surtout, de l'aveu même du psychiatre, il nous dit que les problèmes qui affleurent chez ces individus là, c'est au médecin généraliste lui-même à les résoudre et non pas au psychiatre. Car, effectivement si le psychiatre a trop de malades à voir, il est comme le médecin : il ne peut rien faire. Autrement dit, c'est dans la relation médecin malade que doit essayer de s'inscrire cette compréhension de la psychologie du sujet et là encore, il faut le dire, il y a une question de formation qui, dans l'ensemble, nous manque, nous manque totalement : nous sommes très matériels, mécanicistes, pas de bons matérialistes d'ailleurs car on ne va pas jusqu'au bout des choses. Voilà ce que je peux dire sur le sujet en tant que praticien".

Les auteurs insistent sur le caractère limitatif mais aussi sur la "cohérence et l'uniformité des réponses" enregistrées, et essayent de dégager plusieurs axes de recherche afin d'expliquer cette relation qu'ils décrivent comme "distordue".

- La première constatation est celle d'un "mur" qui semble séparer généraliste et psychiatre. Ce fait pourrait paraître paradoxal puisque la pharmacologie a offert au psychiatre des instruments propres à lui conférer un pouvoir médical, instruments d'ailleurs connus du généraliste qui hésite d'ailleurs de moins en moins à user voire à abuser de ces médicaments de la psyché.

D'autre part, les auteurs pensent que le psychiatre est perçu de deux manières contradictoires :

- soit comme le chimiatre, pourvoyeur de médicaments à hautes doses et proposant l'Assistance comme seul salut thérapeutique,

- soit comme le psychiatre investi d'un pouvoir chamanique l'éloignant du modèle médical qu'il juge périmé. Ces psychiatres, s'ils ne refusent pas l'apport de la psycho-pharmacologie, en nient la valeur spécifiquement thérapeutique pour faire de la drogue le support magique de la relation médecin malade.

Le généraliste (comme d'ailleurs les spécialistes) vivent mal les prises de position de certain psychiatres concernant les éventualités

de la médecine somatique tant du point de vue des tentatives d'explication que des implications thérapeutiques qu'ils proposent.

Le médecin devient donc réticent devant ces "intrusions" d'autant plus que les perspectives concrètes lui paraissent limitées. Dès lors, ces "bavardages sur les possibilités" (JASPERS) lui paraissent futiles sinon nuisibles.

Sur le plan des perspectives d'avenir, les auteurs ne se montrent pas pessimistes. Deux ordres de mesures leur semblent nécessaires et possibles :

- le généraliste ne doit plus ignorer non seulement le malade mental, mais encore les implications psychologiques de la maladie.
- les psychiatres ont beaucoup de chemin à parcourir et doivent d'abord "s'accorder entre eux sur le modèle explicatif et sur les méthodes thérapeutiques".

Sur le plan pratique les auteurs préconisent des réunions groupant généralistes et psychiatres afin d'échanger "informations et expériences" et instaurer un "dialogue confiant et efficace". Sur le plan de l'enseignement universitaire, les auteurs souhaitent faire à la psychiatrie et à la psychologie une place "conforme aux besoins de la médecine actuelle".

L'essentiel demeurant pour eux le rôle du psychiatre qui serait de faire prendre au généraliste conscience "qu'un être humain ne peut être réduit à un organe malade".

Ce travail pose le problème des limites d'une telle enquête.

1°) La méthode de l'interview ne nous semble pas réunir les conditions souhaitables de neutralité du fait de la présence du questionneur.

2°) Le faible nombre de médecins interrogés et de réponses se prête mal à une extrapolation et à une analyse quantifiée et comparative.

3°) La méthode qui a précédé au choix des médecins interrogés doit être précisée : hasard ? médecins déjà connus ?

4°) Le problème de la communication ne doit pas se limiter aux seuls généralistes. Les autres spécialistes sont eux aussi des "usagers" du psychiatre.

5°) Une approche interprétative des phénomènes psycho-dynamiques qui sous-tendent les relations médecins psychiatres doit être tentée en vue de conclusions pragmatiques.

6°) Les réunions entre généralistes et psychiatres doivent se débarrasser des contenus formels et logiques relationnels médecin-malade dans une perspective psycho-dynamique, faute de quoi elles demeurent superficielles et sans vertu structurante. On ne peut les concevoir sans une ébauche d'implication personnelle du médecin.

II - LA COMMUNICATION ENTRE LES PSYCHIATRES, LES GENERALISTES ET AUTRES SPECIALISTES DES SCIENCES HUMAINES (Espagne)

Demetrio BARCIA, Carmen LEAL, Manuel GOMES-BENEYTO, Isabel TOMAS

Les auteurs partent du fait qu'il n'existe aucune communication authentique entre les psychiatres, les médecins et les autres spécialistes des sciences humaines. Cette affirmation est prise comme hypothèse de travail. Ils ont analysé la portée de quelques termes usuels et fondamentaux de la psychiatrie. Leur but est de mesurer l'accord dans l'utilisation de ces termes par des psychiatres et des généralistes en utilisant une méthodologie directive.

a) La communication entre les psychiatres :

Du fait de l'existence de plusieurs écoles de psychiatrie, très éloignées les unes des autres, du fait que la psychiatrie ne revêt actuellement aucun caractère scientifique, il leur a paru nécessaire d'envisager d'abord le problème de la communication entre les psychiatres.

Sur 400 psychiatres interrogés, 42 seulement ont répondu.

Méthode : L'enquête comprend trois parties :

- la première s'adresse aux caractéristiques personnelles du psychiatre : sexe, âge, ancienneté dans la profession, lieu et type de

formation, école de psychiatrie à laquelle le psychiatre se réfère.

- la deuxième soumet chaque psychiatre à une série de 15 affirmations sur des problèmes psychiatriques. Chaque question comporte une réponse avec trois possibilités : affirmation certaine, fausse ou douteuse.

- la troisième partie consiste à demander au psychiatre d'ordonner une série de concepts en référence à une série d'affections psychiatriques.

Concepts : organique, héréditaire, sociogénique, constitutionnel, endogène, réactionnel, psychogène, provoqué par des conflits inconscients et fonctionnels.

Maladies : névrose obsessionnelle, schizophrénie, épilepsie, psychose MD, hystérie, démence, oligophrénie, névrose d'angoisse.

L'objectif des auteurs était de voir le degré de concordance existant entre les psychiatres. En deuxième lieu, ils pratiquent une analyse factorielle afin de voir si les concepts peuvent se regrouper d'une manière quelconque.

Ensuite ils établissent certaines corrélations entre les variables des caractéristiques des psychiatres et les résultats obtenus.

Commentaires des résultats

Les psychiatres pris dans leur ensemble ont un degré d'unanimité élevé quant aux conceptions étiologiques des maladies mentales.

Les auteurs déduisent qu'il existe une communication plus apparente que réelle. En effet, bien que les psychiatres utilisent le même langage, l'analyse factorielle montre que ce langage est tellement imprécis que le niveau de communication reste bas.

b) La communication entre psychiatre et généraliste :

Dans cette partie du travail, l'objectif des auteurs est de montrer l'efficacité que les concepts psychiatriques peuvent avoir lorsqu'ils sont utilisés par des généralistes se rapportant à des affections non psychiatriques.

Le travail a été divisé en deux parties :

1ère enquête : comprenant les mêmes concepts et les mêmes affections psychiatriques que précédemment. Ceci afin de savoir si les médecins ont une concordance avec les psychiatres et ainsi s'ils possèdent une connaissance suffisante de la psychiatrie.

2ème enquête : avec utilisation des mêmes concepts psychiatriques que l'on demande d'ordonner par rapport à certaines affections générales.

1 - Matériel et méthode : 75 médecins ont été interrogés (50 d'adultes dont 25 internistes et 25 chirurgiens) et 25 pédiatres appartenant tous à la Faculté de Médecine de Valence. Seuls 27 médecins ont répondu.

Les maladies correspondant à la médecine générale sont les suivantes : asthme, amygdalite, ulcère gastrique, leucémie, rhumatismes, tuberculose pulmonaire, migraines, ulcérocolite, cirrhose hépatique, lombalgie. Pour les pédiatres, anorexie, rougeole, tics, tuberculose pulmonaire, leucémie, convulsions, vomissements, asthme cardiaque, amygdalite.

Même méthodologie que pour l'enquête précédente.

2 - Commentaires des résultats : En ce qui concerne l'utilisation des concepts psychiatriques, les médecins ont une conduite identique à celle des psychiatres. Les auteurs en déduisent que les médecins ont une connaissance suffisante de la psychiatrie. Pour l'utilisation des concepts psychiatriques en médecine générale, l'analyse montre que ces concepts n'ont aucune application à la médecine générale.

c) Utilisation des concepts psychiatriques en médecine générale :

Les auteurs veulent savoir si les médecins utilisent quelques concepts psychiatriques en référence à certaines affections de médecine générale.

Méthode :

1 - Analyser quel type de malade les médecins envoient dans le Service de Psychiatrie.

2 - Analyser à quel type d'affection générale ils prêtent un caractère psychogénique (terme pris au sens large).

3 - Etudier les histoires cliniques de ces malades (qualifiés par le médecin de psychogénique) pour chercher à quel concept il se réfèrent.

Commentaires des résultats

Tous les malades envoyés en psychiatrie présentent des symptômes psychiatriques.

"Avant ces résultats nous pouvons supposer que, ou bien les médecins ne croient pas aux facteurs psychologiques comme éléments importants dans la maladie, ou bien que; en ce cas nous les admirons; eux-mêmes les analysent".

Les auteurs vont alors vérifier cette dernière possibilité en étudiant les maladies auxquelles les médecins attribuent un facteur psychologique et en étudiant les histoires clinique de trois affections : asthme, ulcère gastrique et anorexie.

De ces études il ressort que le médecin ne fait aucune allusion aux possibles facteurs psychologiques que théoriquement ils attribuent à certaines affections générales.

d) Conclusions générales :

Les auteurs concluent en écrivant que, bien qu'attribuant certains facteurs psychologiques aux affections générales, les médecins ne les analysent pas et ils n'envoient pas pour autant leurs malades chez le psychiatre. Ce fait est dû, selon les auteurs, à la croyance en l'inefficacité de la psychiatrie. Au delà de cette interprétation, les auteurs pensent qu'il y a fondamentalement un problème de défaut de communication. La raison majeure serait que les concepts psychiatriques, autant ceux qui se réfèrent à la pathogénie qu'à la thérapeutique, ne peuvent "entrer" dans la médecine générale, si ce n'est en provoquant de profonds bouleversements, non seulement dans les doctrines médicales mais dans la pratique médicale.

S'appuyant sur les travaux de Goldmann, les auteurs distinguent quatre plans dans le champ de la communication.

1°) D'abord une information ne peut être intégrée par défaut d'une information antérieure. Cette raison ne peut s'appliquer à leur enquête puisque les médecins et les psychiatres ont références aux mêmes concepts psychiatriques.

2°) Le 2ème plan se rapporte à la structure psychique de chaque individu. C'est une situation Freudienne. Pour que la communication se fasse il suffirait d'un changement purement psychologique (sans modification du contexte social).

3°) Le 3ème plan est sociologique. Il traduit la résistance au passage de l'information du fait des caractéristiques de la conscience du groupe.

4°) Le dernier plan est fondamental : pour admettre l'information, le groupe devrait se désagréger ou se transformer jusqu'au point de perdre ses caractéristiques sociales essentielles. Les auteurs attribuent à ce dernier plan le rôle fondamental. "L'acceptation de l'importance des facteurs psychologiques dans la maladie, conduit à des situations mettant en péril non seulement le pouvoir théorique du médecin, sinon de la médecine elle-même, mais aussi le rôle des médecins dans la médecine et dans la société".

Les auteurs pensent que très lentement la psychiatrie et la psychologie pourront entrer dans la médecine en la changeant dans ses fondements et avec elle. Seules les nouvelles générations de médecins pourront dialoguer avec les psychiatres mais ces médecins seront devenus "d'autres médecins".

Actuellement, il n'existe pas et ne peut exister une véritable communication entre les psychiatres et les autres spécialistes de la médecine.

TRAVAIL PERSONNEL

CHAPITRE III : PROTOCOLE D'ETUDE

Nous avons effectué une enquête au moyen d'un questionnaire envoyé par correspondance. Cette technique nous a permis d'atténuer l'interférence de la personnalité au demandeur comme dans un contact direct et permettre ainsi une plus grande objectivité des réponses.

A - DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE

Une brève introduction se réclamant du Groupe de Travail de Psychologie Médicale est destinée à situer le thème de notre recherche :

"La communication entre les Psychiatres et les Médecins Généralistes et entre les Psychiatres et les Médecins Spécialistes".

La demande vient du Psychiatre. Elle est personnalisée par la signature de Monsieur le Professeur GAYRAL et du responsable de l'enquête.

Deux types de questions peuvent être individualisées :

1 - Les premières font l'objet d'une réponse unique qui peut être chiffrée :

- Quelle proportion de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques voyez-vous ?
- Pour combien de ceux-là demandez-vous l'avis d'un Psychiatre ?

Les questions auxquelles il peut être répondu en rayant les mentions inutiles entrent également dans ce cadre :

- [illegible]

- Cette relation avec le psychiatre vous donne-t-elle généralement satisfaction ? OUI NON

2 - Les deuxièmes permettent par leur énoncé un développement spontané, fonction de l'opinion du praticien interrogé.

- Quelle image avez-vous du psychiatre ?
- Si la relation avec le psychiatre ne donne pas généralement satisfaction, pouvez-vous nous dire pourquoi ?
- Quelles suggestions faites-vous pour le bon établissement de la communication entre le médecin et le psychiatre ?

La succession des questions se fait dans un ordre qui vise d'abord à situer les caractéristiques des praticiens interrogés puis font suite les questions relatives au Psychiatre lui-même et à ses rapports avec le médecin.

Voici la reproduction des deux pages constituant le questionnaire :

UNIVERSITE PAUL SABATIER

SERVICE DE CLINIQUE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MEDICALE
(Pr. L. GAYRAL)

HOPITAL DE LA GRAVE
31052 TOULOUSE CEDEX

Toulouse, le 25 Septembre 1973

Mon Cher Confrère,

Les questions auxquelles nous vous demandons de répondre ci-dessous sont l'élément de base d'une recherche entreprise par le Groupe de Travail de Psychologie Médicale de la Clinique de Psychiatrie de l'Université de Toulouse, dans le cadre d'une Recherche Thématisée sur le sujet :

LA COMMUNICATION ENTRE LES PSYCHIATRES ET LES MEDECINS
GENERALISES ET ENTRE LES PSYCHIATRES ET LES MEDECINS
SPECIALISTES.

Ces réponses sont anonymes (sauf intention contraire de votre part).

Nous vous remercions de votre aide et de votre collaboration.

Pour le Groupe de Travail de Psychologie Médicale,

Pr. L. GAYRAL
Chef de Service

Mr. Claude BACH
Responsable de l'enquête

(Aa) - Médecin Généraliste ou Médecin Spécialiste

Spécialité : _____

Age : moins de 30 ans,
31 - 45

46 - 60
plus de 60 ans

Exercice professionnel

urbain - rural - hospitalier
mi-ville - mi-rural.

(Ba) - QUELLE IMAGE AVEZ-VOUS DU PSYCHIATRE ?

Votre réponse à cette première question est INDISPENSABLE pour notre travail. Mais vous nous aiderez encore plus en répondant aux suivantes :

(Ca) Quelle proportion de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques voyez-vous ? _____

(Cb) Pour combien de ceux-là demandez-vous l'avis d'un psychiatre ? _____

(Cc) Cette relation avec le psychiatre vous donne-t-elle généralement satisfaction ?

OUI - NON

(Cd) Si c'est NON, pouvez-vous nous dire pourquoi ?

(Ce) Quelles suggestions faites-vous pour le bon établissement de la communication entre le médecin et le psychiatre ?

Répondre au moyen de l'enveloppe affranchie ci-incluse.

Deux points particuliers sont à noter : il est mentionné dans le questionnaire :

- que la réponse peut être anonyme ou non,
- qu'une enveloppe affranchie est prévue pour la réponse.

B - LA DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES

Nous avons sollicité la participation des Syndicats des Médecins pour l'acheminement des questionnaires. Un contact direct a été pris avec les divers Présidents des Syndicats Départementaux, souvent Présidents du Conseil de l'Ordre en même temps. Nous leur avons expliqué la signification de notre enquête, les buts poursuivis et la nature des problèmes qui nous ont incité à faire ce travail. Leur accueil a toujours été cordial avec une pointe d'étonnement et de scepticisme cependant quant au thème et aux éventuels résultats de notre enquête.

Nos questionnaires ont été joints au courrier syndical comportant les circulaires mensuelles, l'envoi a été groupé dans chaque département.

C - LE CHOIX DES PRATICIENS INTERROGES

Trois départements ont été retenus :

- La Haute-Garonne,
- L'Ariège,
- Le Tarn et Garonne.

Nous avons exclu de notre enquête les Psychiatres et les Neurologues. A partir de la liste des Médecins de chaque département, nous avons procédé à une présélection en regroupant tous les médecins dont les mois de naissance étaient choisis comme suit :

Pour le Tarn et Garonne :

Janvier	Février
Avril	Mai
Juillet	Août
Octobre	Novembre

Pour l'Ariège :

Février	Mars
Mai	Juin
Juillet	Septembre
Décembre	

Pour la Haute-Garonne :

Janvier	Mai
Octobre	Septembre

A partir de ces listes, un tirage au sort a été effectué. Les noms des médecins auxquels devaient être envoyés les questionnaires ont été communiqués à chaque Syndicat Départemental en même temps que le matériel de l'enquête.

Pour la Haute-Garonne	: 1255 médecins ont été sollicités
Pour l'Ariège	: 100
Pour le Tarn-et-Garonne	: 100

- Nous avons choisi d'envoyer les questionnaires en une période où la démobilisation médicale du fait des vacances était moindre :
Octobre 1972.

- Nous n'avons pas procédé à une sensibilisation par une pré-enquête, une information ou des contacts pris à l'occasion d'E.P.U., par exemple.

D - DIFFICULTES TENANT A LA METHODE CHOISIE : l'enquête par questionnaire

La première difficulté tient au fait que le médecin reçoit notre questionnaire en même temps qu'un courrier abondant qu'il survole habituellement distraitemment (voire qu'il n'ouvre pas) comportant des revues médicales, des placards publicitaires, parfois des lettres administratives qui, elles, retiennent son attention. Le mythe ou la réalité du médecin surchargé, déjà sollicité en début de matinée par les visites et consultations n'est pas propice à le faire se pencher sur notre questionnaire, dont le contenu n'apparaît pas d'emblée comme "racleur".

Il n'a pas été au préalable informé de cette enquête dont la réception du questionnaire sera le premier et seul contact.

Il est évident que, s'il n'est pas déjà sensibilisé par le thème de notre travail, son regard et son attention seront distraits et sa réponse, s'il y en a une, en portera la trace.

De toute façon, on peut faire des prévisions en proposant de tels questionnaires quant à ceux qui y répondent :

- ceux qui sont fondamentalement intéressés par le sujet,
- ceux qui ont une opinion marquée pour ou contre ce sujet,
- ceux qui ont le temps et le courage de poster une enveloppe contenant la réponse. Cette dernière remarque nous paraît majeure.

Dans l'enquête par questionnaire, il n'est pas possible de contrôler la qualité des réponses fournies qui pourront être contaminées ; l'enquêté pouvant prendre connaissance de l'ensemble des questions avant d'y répondre ; elles seront même parfois à côté de la question, trop allusives ou trop spontanées (il peut se documenter, on peut répondre à sa place). Mais surtout le rendement sera assez faible, malgré la lettre d'introduction, malgré la facilitation au maximum de l'envoi en retour : dans notre cas, enveloppe timbrée (mais celle-ci peut servir à d'autres fins) !

E - DIFFICULTES TENANT A L'INTERPRETATION

La première et non des moindres consiste dans le travail de lecture des réponses, cela peut aller jusqu'au déchiffrement. On sait que beaucoup de médecins écrivent vite et mal ! Nous l'avons largement constaté.

La richesse des contenus du fait du libellé des questions pose un problème d'interprétation et de quantification des réponses.

L'hétérogénéité d'un questionnaire à l'autre est grande, à une réponse laconique fait suite une argumentation riche et éloquente.

Dans une même réponse peuvent alterner des contenus que l'on pourrait qualifier de "favorables" à des contenus exprimant une critique,

des réserves voire de l'hostilité. D'où la difficulté d'une appréhension globale de chaque réponse et la nécessité de recourir à une analyse fractionnée des contenus en rubriques afin de pouvoir les regrouper et les quantifier.

L'analyse statistique est donc malaisée. L'idéal aurait peut être été de publier l'intégralité des réponses brutes. Chaque réponse revêt un caractère hautement individuel et inter relationnel, le médecin exprimant la façon dont il vit sa relation avec le psychiatre.

F - AVANTAGES DE CETTE METHODE

Le choix des médecins sollicités se fait par le hasard, l'envoi du questionnaire supprimant le contact direct entre le demandeur et le questionné empêche l'interférence de la personnalité du demandeur et autorise ainsi une certaine objectivité des réponses. Une autre conséquence de cette technique est de laisser le choix au médecin de ne pas répondre. De plus il a le temps de réfléchir à sa réponse et de la rédiger sans la contrainte du temps. La possibilité de l'anonymat peut autoriser l'expression d'opinions tranchées, défavorables et sans nuances. L'agressivité est autorisée. Le libellé des questions, non directif, s'il accroît les difficultés d'analyse des contenus permet une plus grande liberté dans l'expression de l'"opinion" ; cet aspect revêt par certains côtés la valeur d'un test projectif.

L'absence de réponse "à cocher" supprime toute orientation donnée à notre questionnaire. L'opinion est à créer, elle n'est pas à choisir.

Bien plus, la richesse et la variété des réponses fournies vont permettre de corriger certains à priori, voire d'éclairer, en révélant des préoccupations profondes des gens interrogés, les résultats obtenus pour d'autres questions.

Inversement, la porte est ouverte aux fausses interprétations.

Certains enquêtés risquent d'être intimidés par l'initiative qui leur est laissée dans le type de question "ouverte".

D'une manière générale, le taux de non-réponses est plus élevé dans une question ouverte : ne pas répondre est encore une forme de réponse. La question ouverte finalement où l'enquêté devant mettre plus de lui-même lui permet de se livrer souvent plus complètement. C'est en ce sens que ce type de question revêt les caractères d'un test projectif, bien que ce ne fût point là notre intention.

CHAPITRE IV : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

APPROCHE PSYCHOSOCIOLOGIQUE

Après avoir exposé dans le chapitre précédent le procédé d'investigation utilisé, nous analysons dans ce chapitre les résultats de l'enquête.

I - QUI A REPONDU ?

a) 140 sur 1 455 questionnaires envoyés en Octobre 1973, sont revenus, soit 9,6 % des médecins interrogés. 29 praticiens ont signé leur réponse soit 20,7 % de l'ensemble. 111 praticiens sont restés anonymes soit 79,2 %

b) Caractéristiques des médecins ayant répondu

1 - Sur 140 réponses on dénombre :

- 111 généralistes soit 79,2 % des réponses,
- 29 spécialistes soit 20,7 % des réponses.

Ces chiffres ne tiennent pas compte du pourcentage respectif de généralistes et de spécialistes sollicités.

Le tableau suivant montre comment se répartissent ces 29 spécialistes :

Sur 29 spécialistes :

6	ORL.....	soit 20,6 %	de l'ensemble des spécialistes			
3	Cardiologues	soit 10,3 %		"	"	"
3	Rhumatologues	soit 10,3 %		"	"	"
2	Ophtalmologues	soit 6,8 %		"	"	"
2	Pneumophtisiologues ..	soit 6,8 %		"	"	"
2	Chirurgiens	soit 6,8 %		"	"	"
2	Pédiatres	soit 6,8 %		"	"	"
2	Allergoristes	soit 6,8 %		"	"	"
2	Dermatologues	soit 6,8 %		"	"	"
1	Endocrinologue	soit 3,4 %		"	"	"
1	Phlébologue	soit 3,4 %		"	"	"
1	Gynécologue	soit 3,4 %		"	"	"
1	Radiologue	soit 3,4 %		"	"	"
1	Spécialiste des maladies					
	de la nutrition	soit 3,4 %		"	"	"

La prévalence des spécialistes O.R.L. n'a pas de signification car leur plus grand nombre peut être le fait du hasard.

2 - Age des médecins

Sur 140 médecins :

9 ont moins de 30 ans	soit 6,4 % de l'ensemble des médecins			
71 ont entre 31 et 45 ans	soit 50,7 %	"	"	"
47 ont entre 46 et 60 ans	soit 33,5 %	"	"	"
13 ont plus de 60 ans	soit 9,2 %	"	"	"

Le plus fort pourcentage se situe dans la tranche d'âge comprise entre 31 et 45 ans.

3 - Modalités d'exercice

Sur 140 médecins :

47 exercent en clientèle de type urbain	soit 33,5 % des médecins	
39 " " "	soit 27,8 %	"
12 " milieu hospitalier	soit 8,5 %	"
42 ont une clientèle de type mi-ville, mi-rural	soit 30 %.	

On constate une égale répartition entre les 3 modalités d'exercice, urbain, rural et mi-ville mi-rural.

Seuls, 8,5 % des médecins ont une activité hospitalière.

II - ANALYSE DU CONTENU DES REPONSES A LA QUESTION (Ba)

"Quelle image avez-vous du psychiatre ?"

a) Catégorisation et analyse qualitative de l'image du psychiatre :

Une première lecture des réponses amène à classer l'ensemble des références utilisées pour parler de l'image du psychiatre en 5 catégories traduisant 5 modes d'appréhension.

Ces 5 catégories sont,, dans un ordre arbitraire :

- 1 - Image d'un spécialiste comme les autres
- 2 - Image dépendante de l'homme qui exerce cette spécialité
- 3 - Image plutôt positive
- 4 - Image plutôt négative
- 5 - Image idéalisée

Nous pouvons tenter de préciser les caractéristiques de chaque catégorie.

1 - Image d'un spécialiste comme les autres :

Dans cette catégorie, les médecins décrivent le psychiatre comme n'importe quel spécialiste dont le rôle est de suppléer au manque de connaissance du médecin et de lui apporter :

- un diagnostic
- un traitement
- une conduite à tenir
- un pronostic

C'est en ce sens qu'il ne diffère en aucun point des autres spécialistes.

Exemples de réponses :

"Le psychiatre est un spécialiste comme les autres, mais qui nous révèle parfois chez nos malades une personnalité que nous n'arrivons pas toujours à préciser et nous permet d'avoir des possibilités thérapeutiques nouvelles" (Généraliste, + 60 ans, mi-ville, mi-rural).

"Le psychiatre est un spécialiste comme les autres spécialistes". (Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"Médecin-spécialiste qui permet de faire un diagnostic clinique des troubles mentaux légers ou importants dont souffrent mes clients et permet d'établir une thérapeutique adéquate". (Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"Image d'un spécialiste comme les autres, considéré et utilisé personnellement comme tel". (Généraliste, 31-45 ans, mi-ville, mi-rural).

"Image bonne, rend service au médecin-généraliste pour le diagnostic et le traitement". (Généraliste, + 60 ans, mi-ville, mi-rural).

"Celle d'un confrère spécialisé dans la maladie mentale au même titre qu'un autre spécialiste dans sa spécialité".
(Radiologue, 46-60 ans, mi-ville, mi-rural).

Dans cette catégorie d'image apparaît quelquefois la confusion entre le psychiatre et le neuropsychiatre, certains médecins l'utilisant pour :

- lecture EEG
- diagnostic des traumatismes crâniens
- diagnostic d'une tumeur cérébrale.

De cette vision se dégage la complémentarité et la relation peut s'entrevoir sur le même mode qu'avec les autres spécialistes.

2 - Image dépendante de l'homme qui exerce cette spécialité :

Dans cette catégorie les médecins expriment l'idée que la pratique de la psychiatrie dépend surtout de la personnalité du médecin psychiatre.

Ce qui est exprimé ainsi :

"Image excellente en général, mais tout dépend du psychiatre".
(Rhumato., 31-45 ans, urbain).

"Comme pour la médecine générale cela dépend beaucoup plus de l'Homme que de la spécialité". (ORL, + 60 ans, urbain).

"Le psychiatre n'existe pas, il existe des psychiatres. La valeur de sa spécialité dépendant naturellement de la valeur de la personne qui la pratique". (Généraliste, + 60 ans, mi-rural, mi-ville).

"Je n'ai pas une image du psychiatre, j'en connais de très dissemblables". (Pneumologue, 46-60 ans, mi-ville, mi-rural).

"Variable suivant le psychiatre" (Généraliste, 31-45 ans, mi-ville, mi-rural).

"Une image très divisée selon le psychiatre auquel on s'adresse et c'est cette distinction je pense, qui motive votre enquête, tant votre désir est grand d'être reconnu comme un spécialiste à part entière et gommer cette image un peu trouble et inquiétante du psychiatre traditionnel". (Généraliste, 31-45 ans, mi-ville, mi-rural).

Dans cette catégorie, l'image du psychiatre se relie en totalité à sa personnalité. Ce type d'appréhension recouvre probablement le mode d'exercice, le pragmatisme, les modèles conceptuels et les options thérapeutiques du psychiatre. On peut penser que chaque médecin recherche un type de psychiatre idéal qui peut correspondre soit à la personnalité réelle du médecin soit au personnage idéalisé par celui-ci.

3 - Image plutôt positive :

Le psychiatre est décrit comme un collaborateur indispensable au généraliste. Il est efficace, compétent, la relation avec lui est bonne. Il a la particularité d'être humaniste, lettré, savant. Sa valeur est supérieure à celle des autres médecins. Il est surtout perçu comme le médecin de la relation inter-humaine. C'est lui qui s'intéresse le plus à ses malades, qui prend le plus de temps pour les écouter et essayer de les comprendre. C'est un technicien efficace, mais c'est plus qu'un technicien, il s'engage dans la relation avec le malade, ce qui fait toute la particularité de cette image positive, sa noblesse et sa difficulté.

Exemples de réponses :

"C'est le médecin qui s'occupe le plus de ses malades et qui exerce la discipline la plus difficile et la plus fatigante. Que de déceptions et de joies pour lui". (Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"Collaborateur indispensable au médecin-traitant". (Généraliste, 46-60 ans, Hospit.).

"Le psychiatre est le médecin qui m'intéresse le plus lorsqu'il parle et pour l'homme qu'il est. Il a une dimension humaine supérieure à ceux qui n'ont qu'une technicité. J'aime qu'il ait une formation psychanalytique". (Généraliste, 31-45 ans, mi-ville, mi-rural).

"Un homme capable d'établir avec le malade une relation permettant de comprendre les motivations et mécanismes du comportement du malade et donc de l'aider". (Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"Spécialiste indispensable que nous appelons en renfort de traitement antidépressif ou antipsychotique. Il nous apparaît comme un spécialiste très cultivé, patient, amical, animateur d'un colloque que devra continuer le généraliste". (Dermato., + 60 ans urbain).

"Homme d'expérience et de savoir faire dont le raisonnement clinique est l'un des plus sûrs qui soient et l'un des mieux adaptés à tout ce qui est humain. Il s'efforce d'obtenir au maximum la confiance, le consentement, la coopération du malade tant pour le diagnostic que pour le traitement". (Généraliste, + 60 ans, rural).

"Un spécialiste nécessaire (contrairement à beaucoup d'autres!!!) et sympathique. Très bonnes relations confraternelles (un neuro-psychiatre ne vole pas les clients au praticien de médecine générale) il a su conserver la noblesse de sa spécialité et conserver le contact avec nous". (Généraliste 46-60 ans, urbain).

"Un médecin intelligent face à la médiocrité générale que nous devons à la spécialisation, je considère en effet le psychiatre comme le spécialiste psychosomatique". (Généraliste 46-60 ans, mi-V mi-R).

"Il s'agit d'un spécialiste de tout premier plan et avec lequel il existe (et doit exister) toujours une étroite collaboration entre généraliste et psychiatre...". (Généraliste 31-45 ans, rural).

"C'est un médecin spécialiste plus compétent en psychiatrie qu'un généraliste. Avare de remèdes il a la patience de faire une psychothérapie efficace". (Généraliste 32-45 ans, rural).

"Complément indispensable de mon travail". (Généraliste 31-45 ans, mi-V mi-R).

"Non pas celle d'un entomologiste uniquement, c'est-à-dire d'un technicien capable de classer dans une catégorie déterminée les troubles présentés par les malades mais un médecin, un guérisseur au sens noble du terme, s'engageant homme à homme dans la relation avec le patient". (Généraliste 31-45 ans, rural).

"L'image d'un homme sérieux, précieux pour le médecin, aimant la lecture et les discussions philosophiques, consacrant beaucoup de temps aux dossiers médicaux, très intéressé par les cas pathologiques". (Généraliste 46-66 ans, rural).

Les 5 idées types entrant dans cette image positive sont les suivantes :

- a) Spécialiste nécessaire. Bon collaborateur, compétent, efficace (26 fois).
- b) Médecin qui s'intéresse le plus à ses malades (12 fois).
- c) Spécialiste efficace dans les cas aigus surtout (11 fois).
- d) Humaniste, cultivé, savant (17 fois).
- e) Personnalité supérieure par rapport aux autres spécialistes (6 fois).

4 - Image plutôt négative :

Les différentes idées-types sont les suivantes :

- * Médecin prescrivant essentiellement une chimiothérapie comme l'unique thérapeutique, trop lourde, trop complexe, dangereuse et inefficace (30 fois).

Exemples de réponse :

"Je trouve que le psychiatre reste trop attaché à la médication. On aimerait voir chez lui plus de recherche psychologique, plus d'approche de l'homme malade." (Généraliste 46-60 ans, mi-V mi-R).

"Prescrit trop de médicaments". (Généraliste 46-60 ans, mi-V mi-R).

"C'est absolument affolant de voir la quantité de médicaments prescrits qui en général sont incompatibles avec une vie sociale normale. Les généralistes étant obligés d'alléger de moitié les traitements qu'on leur donne". (Généraliste 31-45 ans, urbain).

"Le psychiatre répond à la névrose par la chimio-thérapie, le malade est restitué psychiquement laminé...". (Généraliste 46-60 ans, rural).

"J'ai du psychiatre en général l'image d'un médecin qui inonde les malades sous des quantités et des doses de médicaments effarantes amenant certains malades à une accoutumance parfois néfaste alors que la psychothérapie et les entretiens pourraient bien souvent permettre une nette diminution de la chimiothérapie". (Généraliste 31-45 ans, urbain).

"On lui demande moins de pharmacopée, plus de psychothérapie". (Généraliste 46-60 ans, urbain).

"Un dispensateur de chimiothérapie lourde". Réponse d'un généraliste de 31-45 ans (clientèle mi-V mi-R) citée dans son intégralité à la question, quelle image avez-vous du psychiatre ?

"Un médecin qui donne trop de remèdes". (Généraliste 46-60 ans urbain).

"Use souvent d'une thérapeutique qui me paraît lourde". (Pneumo. 46-60 ans mi-V mi-R).

"Les traitements ambulatoires très souvent sont un peu trop chargés, sont suivis très rarement (pour ma part) d'un effet quelconque. Nous sommes obligés de faire des coupes sombres pour vivifier ces sujets passablement aplatis". (Généraliste 46-60 ans mi-V mi-R).

"Actuellement c'est beaucoup plus un médecin spécialisé dans l'utilisation de drogues modifiant le comportement des individus

que le psychologue qu'on préfèrerait trouver la plupart du temps". (Généraliste 30 ans, mi-V mi-R).

"Il donne trop de pilules à prendre, en nombre croissant, à diverses heures... Un malade dont le psychisme est réduit s'y trompe à tous les coups et le traitement est très mal fait. D'autant plus que les réductions des drogues sont quasi-automatiques !" (Généraliste 46-60 ans, rural).

"Je suis personnellement inquiet devant les "cocktails" de médicaments que le psychiatre compose souvent à ses malades. Les symptômes initiaux certes sont améliorés mais l'individu a perdu en quelques mois ou semaines toute trace de sa personnalité antérieure. Est-ce toujours nécessaire ? N'emploie-t-on pas par désir de trop bien faire des thérapeutiques un peu trop agressives ?".

Il est frappant de constater que sur 166 phrases ou unités significatives rentrant dans la catégorie 4 de l'image, l'idée type qui recueille le plus grand nombre d'unités significatives est la critique de la chimiothérapie. Sur 166 unités significatives, 30 portent sur l'abus de la chimiothérapie. Ce problème paraît préoccuper l'ensemble des médecins ayant répondu. Ces expressions peuvent aller jusqu'à des excès comme cette citation : "La psychiatrie, ce n'est pas de la chimie biologique".

Ainsi on peut penser que les médecins connaissent mal cette chimiothérapie qu'ils qualifient d'aveugle, "lourde, agressive aux effets secondaires dangereux", bien qu'ils aient tendance à en user, voire abuser eux-mêmes. Par ailleurs ces médecins demandent une intensification des psychothérapies qui sont bien dans l'attribution des psychiatres. Le psychiatre devrait atténuer la prescription médicamenteuse au profit d'une prise en charge psychothérapeutique plus intense. Tel semble être le désir du médecin qui n'en a pas le temps et n'en possède pas la technique.

* Pourquoi le psychiatre ne fait-il pas plus de psychothérapie ?

On dénombre 20 fois l'opinion suivante : le psychiatre donne l'image d'un médecin trop occupé, débordé, ne consacrant pas de ce fait assez de temps à ses malades.

Les réponses suivantes illustrent ce fait :

"Il a trop de travail quantitativement". (Généraliste 46-60 ans urbain).

"Confrère généralement ouvert à tous les problèmes bien que paraissant débordé dans son activité professionnelle (les rendez-vous fixés sont très lointains)".

"En pratique, un médecin aux activités multiples et désordonnées.. n'ayant malheureusement pas le temps suffisant à consacrer à son patient". (Dermato. 46-60 ans, urbain).

"Ils voient trop de malades dans la journée et le rapport malade médecin primordial dans cette spécialité en souffre, d'où la recherche personnellement de psychiatres qui débudent en clientèle". (Généraliste 46-60 ans, urbain).

"La plupart du temps, c'est un médecin pressé, qui ne prend même pas le temps d'écouter le malade, c'est ce que nous disent les malades et certains chronomètrent même le temps passé avec le psychiatre". (Généraliste 31-45 ans, mi-V mi-R).
(Citation intégrale)

"... entretien malade-psychiatre doit être supérieur à 45 minutes...". (Généraliste 31-45 ans, mi-V mi-R).

Le psychiatre est donc un homme surmené. Il voit trop de malades, leur consacre un temps insuffisant.

* Image d'un spécialiste marginal, "être à part", original : 20 fois
ce contenu se retrouve associé au fait qu'il manque de réalisme (10 fois)
qu'il est trop distant, énigmatique (10 fois).

Par ailleurs, il a trop tendance à psychiatriser les problèmes psychologiques mineurs (11 fois). Il est trop éloigné de l'organique qu'il néglige, donc trop éloigné de la démarche médicale (11 fois). Bref, c'est un homme hermétique, au langage bien ésotérique (5 fois). Est-ce encore un médecin ?

Ces ensembles d'idées types ayant trait à la personnalité même du psychiatre, ou mieux à son personnage, méritent un certain développement car elles rejoignent les clichés habituellement répandus dans le public de psychiatre "farfelu", "obsédé par sa spécialité". On peut dire que par ce mode d'appréhension de l'image, filtrent les sentiments du médecin : angoisse, crainte, envie, haine, attirance.

Nous pensons que ce type d'image données peut se rattacher à un phénomène d'ambivalence au sens de Freud, ou d'une façon plus générale à l'ambiguïté du médecin à l'égard du psychiatre.

Nous développons ce thème.

Ambivalence :

Ce qui frappe dans l'immense majorité des réponses c'est l'impression d'ambivalence. Celle-ci est plus ou moins cachée mais toujours présente donnant une image ambiguë, floue, voire contradictoire. Le psychiatre est vécu à la fois comme un bon et un mauvais objet.

Citons quelques réponses illustrant cette remarque :

- "Image mitigée, plutôt favorable mais avec réserves".
- "Excellente à condition d'être modérée dans les psychanalyses".
- "Un bon médicament dont il faut savoir n'user qu'avec discernement".
- "En général spécialiste assez intelligent, hélas un peu trop loin du réel".
- "Image bonne lorsqu'il exerce bien sa profession".
- "Eminent spécialiste mais le plus hermétique au médecin généraliste".
- "Un personnage un peu mystérieux qui attire et que l'on redoute à la fois, dont on aimerait connaître l'avis tout en le craignant".

Le psychiatre est donc celui qui détient des vérités que les autres ignorent, il se meut avec aisance dans un monde inconnu, initié aux grands mystères de l'âme humaine, sorte de grand sorcier inspirant respect et crainte.

- "Clinicien savant au pouvoir étonnant dans l'étude et le traitement des psychoses".
- "Thérapeute de l'inconscient".
- "Spécialiste d'une discipline difficile, déprimante et pour moi bien ésotérique".
- "Le psychiatre a un rôle difficile que je n'envie pas".
- "Un homme souvent un peu original, possédant les moyens de pénétrer les détours les plus secrets de l'esprit humain".

En même temps que cette image chamanique, les médecins expriment la vision du psychiatre farfelu, stérile, se complaisant dans un verbiage ésotérique, et d'une efficacité douteuse. Il devient alors un médecin à part, marginal en un mot presque un charlatan venant compléter la gamme des guérisseurs, radiesthésistes, astrologues... De toute façon, ce n'est presque plus un médecin à ce stade, il ignore le plus souvent le somatique et ses méthodes de travail et de traitement s'écartent de la sainte rigueur scientifique.

- "Spécialiste coupé de la réalité, ne serait-ce que par le jargon qui fait sourire".
- "Médecin marginal séparant semble-t-il trop le psychique du somatique".
- "Le psychiatre m'apparaît comme un homme (ou une femme) qui confond le dogme des théories psychiatriques avec une science exacte, une sorte de croyant, de fidèle intolérant, d'une foi tyrannique et sans espoir. En tout cas l'opposé du médecin dont il a oublié le scepticisme".
- "Méfiance car polarisé par sa spécialité et négligeant très souvent le somatique".
- "Médecin dont la réputation est par trop fantaisiste, médecin compliqué, sinon farfelu".
- "Spécialiste utile, souvent un peu fantaisiste et manquant de bon sens, grisé par son vocabulaire".
- "Une image qui n'est pas excellente dans la mesure où ils épousent les excès de la médecine moderne. Quelques uns, psychanalystes et autres sont de véritables Diafoirus".

Cette ambivalence que le médecin manifeste à l'égard du psychiatre se rapproche finalement de la vision du "public" dont l'image d'Epinal ainsi que l'a décrite le Dr OULES peut se réduire à quelques clichés types.

- Le psychiatre est un être à part (voire il est fou lui-même). En effet, la démarche qui le pousse à l'intéresser aux malades mentaux est essentiellement morbide (il faut être fou pour s'occuper des fous). D'ailleurs c'est en vertu de l'attraction des semblables que cette démarche s'explique. Et comment le psychiatre resterait-il sain à force de cotoyer les fous ? Le préjugé de la contagiosité de la maladie mentale n'est-il pas largement répandu.

Un médecin écrit : "Le psychiatre est un homme très patient et très instruit qui a besoin de rester très équilibré, mais en équilibre les pieds sur terre malgré son travail de tête".

- "Il doit être très fortement équilibré pour résister à l'usure de sa profession. Très fortement. J'ai de l'admiration pour les confrères qui ne font que de la psychiatrie, de l'admiration un peu teintée d'appréhension... parfois".

- "Le psychiatre a un rôle difficile que je n'envie pas".

- "C'est un homme secret, redouté par les malades à qui il offre un miroir où doit se refléter la vérité".

- "Le psychiatre paraît souvent un peu obsédé par sa spécialité".

Cette dernière citation rejoint le préjugé du conditionnement professionnel du psychiatre. Il aurait tendance à considérer tous les êtres qu'il voit comme malades. Finalement, ce type de réponse correspond aux défenses contre l'angoisse du public et du médecin, face à la maladie mentale et ses frontières, l'angoisse d'être pris pour un malade mental correspond à sa propre angoisse de la maladie.

- "Un homme jugeant un peu trop les actes courants de la vie à travers l'optique de sa spécialité".

- "Un médecin trop spécialisé qui analyse tous les comportements de l'individu avec une optique particulière. Pour lui aucun individu n'est simple ni normal. Les critères de normalité n'étant jamais définis".

- "Paraissent considérer que la totalité de la population est justiciable de leurs soins. Où fixent-ils le début de la pathologie et ses limites ?"

Cette ambivalence, ces clichés stéréotypés se retrouvent dans l'image que donne la presse, la littérature et le cinéma. Les journaux abondent dans leurs articles en termes de style : un aliéné, un évadé de l'H.P., un fou dangereux, un déséquilibré ayant fait de multiples séjours dans les H.P., etc...

Ces titres destinés à allécher le lecteur expriment essentiellement le rejet et l'angoisse de la société face au malade mental et ses protecteurs.

A l'issue d'évènements tragiques se pose chaque fois dans les mêmes termes la responsabilité du psychiatre qui autorise la sortie d'un malade, lequel s'est avéré dangereux pour la société. Dans le même ordre d'idées, le problème de l'internement arbitraire est aussi fréquemment soulevé. Bref, le psychiatre est toujours placé dans une situation inconfortable, tiraillé entre le malade, l'entourage, la société et les confrères. Il est tantôt redouté pour son pouvoir carcéral, tantôt attaqué avec fanatisme.

Les citations suivantes illustrent bien ce problème :

- "Les psychiatres jeunes imbus de conceptions nouvelles entièrement erronées (partisans de la liberté individuelle et des internements trop courts) sont dangereux pour les malades et la société".

- "Psychiatre égale souvent moyen efficace pour la société et la police de supprimer des individus indésirables".

La littérature a peu souvent mis en scène des personnages de psychiatre. Maxence VAN DER MERSCH dans "Corps et Ame" exprime son ambiguïté à l'égard de la psychiatrie et son hostilité pour les psychiatres.

Ecrivain médecin, André SOUBIRAN donnera une image plus valorisante dans son livre "Au revoir Dr ROCH" mais non encore débarrassée des clichés traditionnels.

H. BAZIN passe de l'hostilité virulente dans "la tête contre les murs" à une vision moins pessimiste dans "la fin des Asiles".

Enfin le cinéma a souvent dépeint le psychiatre en accentuant son aspect insolite, inquiétant, marginal.

L'ambivalence n'est donc pas spécifique à la vision du médecin, elle est un phénomène socioculturel profondément ancré dans l'esprit du public dont nous avons très brièvement évoqué son expression à travers la presse, la littérature, le cinéma.

* Après avoir détaillé les idées types les plus souvent rencontrées, nous allons rapporter un certain nombre d'opinions mais plus rarement exprimées.

1 - Le psychiatre est vécu comme un médecin un peu démuné face à la difficulté de sa spécialité, soit du fait de sa formation, soit du fait de l'attitude de la société face à la maladie mentale, ce qui se traduit par une carence en moyens financiers (5 fois).

En témoignent les extraits suivants :

- "Le psychiatre devrait pouvoir exercer correctement son véritable rôle et avoir une formation appropriée (ce qui n'est pas toujours le cas) ainsi que de moyens et d'une attitude du public français encore rétrograde". (Allergo. 31-45 ans, urbain).
- "Personne ayant une formation, à de rares exceptions incomplète, autant médicale que scientifique, littéraire... Ceci est dû en partie au peu d'importance qu'attachent les responsables universitaires à la formation des médecins : (4 à 5 heures de cours, thérapeutique comprise) qui fait mieux ?
Ignorance de beaucoup de psychiatres de la psychanalyse. Actuellement, les psychiatres se limitent à un traitement très standardisé et traumatisant de tous les phénomènes psychologiques.
Etre psychiatre n'a rien de commun avec l'obtention du diplôme du C.E.S. de Psychiatrie". (Généraliste, + de 30 ans, urbain).
(citation intégrale).
- "Le malade mental et son entourage posent des problèmes au médecin de famille que je suis, certaines hospitalisations ne peuvent être obtenues (manque de place dans les H.P. départementaux)". (Généraliste 46-60 ans, rural).

2 - Quelques opinions voient dans les psychiatres un homme trop marqué par certaines orientations idéologiques (que celles-ci soient purement médicales ou même politiques). On retrouve là les images anti-psychiatriques de principe où à l'inverse le psychiatre est en quelque sorte un alibi commode pour la société. Une attitude de négation de l'affection psychiatrique soustend ce type de réponse.

- "Quant aux affections psychiatriques hospitalières, les conditions politiques, économiques, culturelles (alcoolisme) font que quelque soit sa conscience, en 1973, c'est encore un secouriste psychique...". (Allergo. 31-45 ans, urbain).
- " Médecin spécialisé, parfois assez marqué par certaines options fondamentales (analytiques, phénoménologique, psychosomatique...)." (Généraliste, 31-45 ans, hospitalier).
- "Praticien ayant à traiter le plus souvent un inadapté et qui, ne pouvant agir sur l'environnement est plus ou moins tenu d'avoir recours à des thérapeutiques trop puissantes et difficiles à manier". (Endocrino., 31-45 ans, hospitalier). (citation intégrale).
- "Psychiatre = spécialiste adapté à l'adaptation de sujets normaux à une société anormale. Souvent moyen efficace pour la société et la police de supprimer des individus indésirables. Psychiatre = médecin = infirmier -- thérapeutique et aucune prévention. Médecine d'aveugle. Le psychiatre permet de se débarrasser des cas embêtants... ou prétendus sans étiologie". (Allergo., 31-45 ans, hospitalier). (citation intégrale).
- "Image excellente à condition d'être modérée dans les psychanalyses". (O.R.L., 46-60 ans, hospitalier).
- "Le psychiatre n'apparaît comme un homme (ou une femme) qui confond le dogme des théories psychiatriques avec une science exacte, une sorte de croyant, de fidèle, intolérant d'une foie tyrannique et sans espoir. En tout cas l'opposé d'un médecin dont il a oublié le scepticisme et la formation générale". (Cardio., 31-45 ans, hospitalier).

- "Le psychiatre est le pis aller d'un généraliste dépassé. Il lui est demandé d'établir dans une société collectivement névrosée, si la névrose du sujet répond à la chimiothérapie". (Généraliste, 46-60 ans, rural).

3 - Enfin, il est reproché au psychiatre son appétit pour le gain.

- "Le problème de l'appétit d'argent du psychiatre est souvent plus visible que chez les autres médecins (qui n'en manquent pourtant pas...) est particulièrement gênant parce que justifié par le dogme (cf psychanalyse). Le dialogue singulier n'est pas un problème d'argent". (Cardio., 31-45 ans, hospitalier).

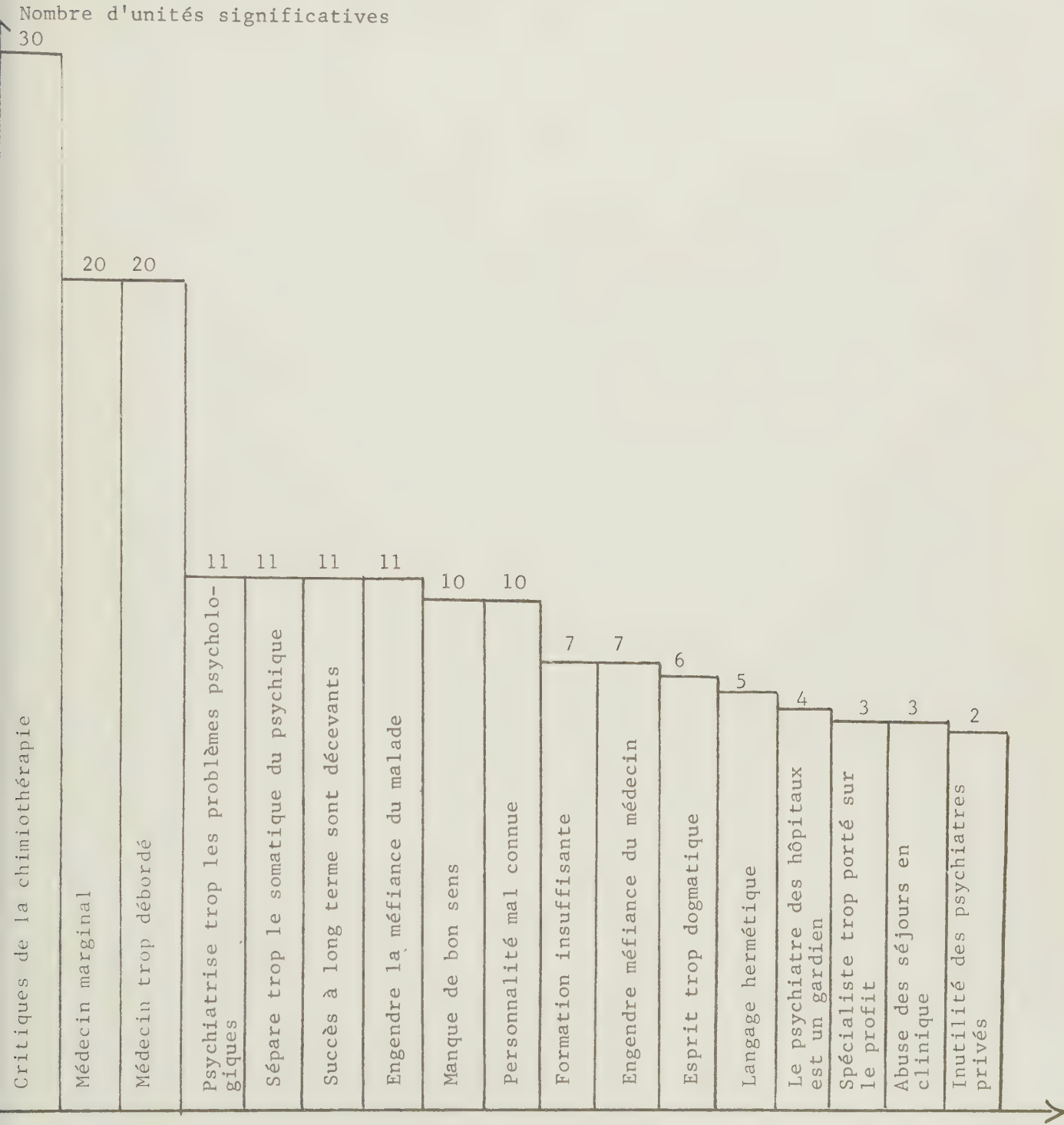
Dans le même ordre d'idée, on estime qu'il abuse des séjours en clinique, pour raison de rentabilité. Certains vont jusqu'à décréter l'inutilité des psychiatres privés.

4 - Quant au type de psychiatre auquel on se réfère, on a bien sûr évoqué l'image du psychiatre des hôpitaux qui n'est qu'un gardien. Et un médecin a émis son désir de "bannir la femme psychiatre" sans expliquer pourquoi".

Enfin, quelques uns mentionnent la mutation qu'est en train de traverser la pratique psychiatrique dans le sens d'un progrès du fait de l'apport des psychotropes.

Parmi les remarques générales, on dénombre 7 fois l'opinion que le mode de vie actuel par l'insécurité, "les stress", "l'agressivité" est responsable de l'accroissement des maladies mentales avec pour corollaire, l'impuissance du psychiatre à agir sur l'environnement.

Tableau récapitulatif des idées types émises dans la catégorie "aspects négatifs de l'image", avec pour chaque idée type le nombre d'unités significatives.



5 - Image idéalisée : ce que devrait être le psychiatre
(5 unités significatives)

Le psychiatre est alors appréhendé en fonction des qualités particulières de son psychisme, de sa personnalité. On trouve finalement peu d'idées types dans cette catégorie. Il est décrit comme étant serein, stable, doté d'un fort équilibre psychique, d'une personnalité épanouie faite de patience, "d'empathie". Il doit être sécurisant et avoir un bon contact.

"Un médecin tout à fait supérieur, à la hauteur de l'importance que je donne au psyché dans la structure humaine. Image évidemment sublimée et idéale". (Dermato., 46-60 ans, urbain).

" Un technicien, mais dont la personnalité sereine et la stabilité émotionnelle sont déjà en quelque sorte une amorce de thérapie : il s'agit de la vision idéale". (Généraliste, 31-45 ans, urbain).

Les médecins, pour évoquer cette image idéalisée du psychiatre, ont recours à des traits de sa personnalité (équilibrée...) et non de sa technique. Cette description est assez pauvre en idées significatives. Il est difficile au médecin d'imaginer ce que pourrait être le psychiatre idéal sans aborder l'image de l'homme idéal. On sent à travers cette conception que pour le médecin ce n'est plus la spécialité qui fait le bon psychiatre mais la personnalité du spécialiste. Et ces traits de personnalité sont décrits en référence à la relation médecin-malade : être sécurisant, avoir un bon contact, une écoute attentive.

b) Analyse quantitative des catégories :

Reprenant le contenu des réponses, nous avons calculé pour chacune des catégories :

- 1 - le nombre "d'idées types" exprimées dans les réponses,
- 2 - le nombre "d'unités significatives", c'est-à-dire le nombre de phrases prononcées dans chaque catégorie, sans éliminer comme précédemment les répétitions d'idées d'une personne à l'autre.

- 3 - le nombre "moyen" d'unités significatives prononcées par chaque répondeur en divisant dans chaque catégorie le nombre d'unités significatives (2) par le nombre total de médecins ayant répondu (140).

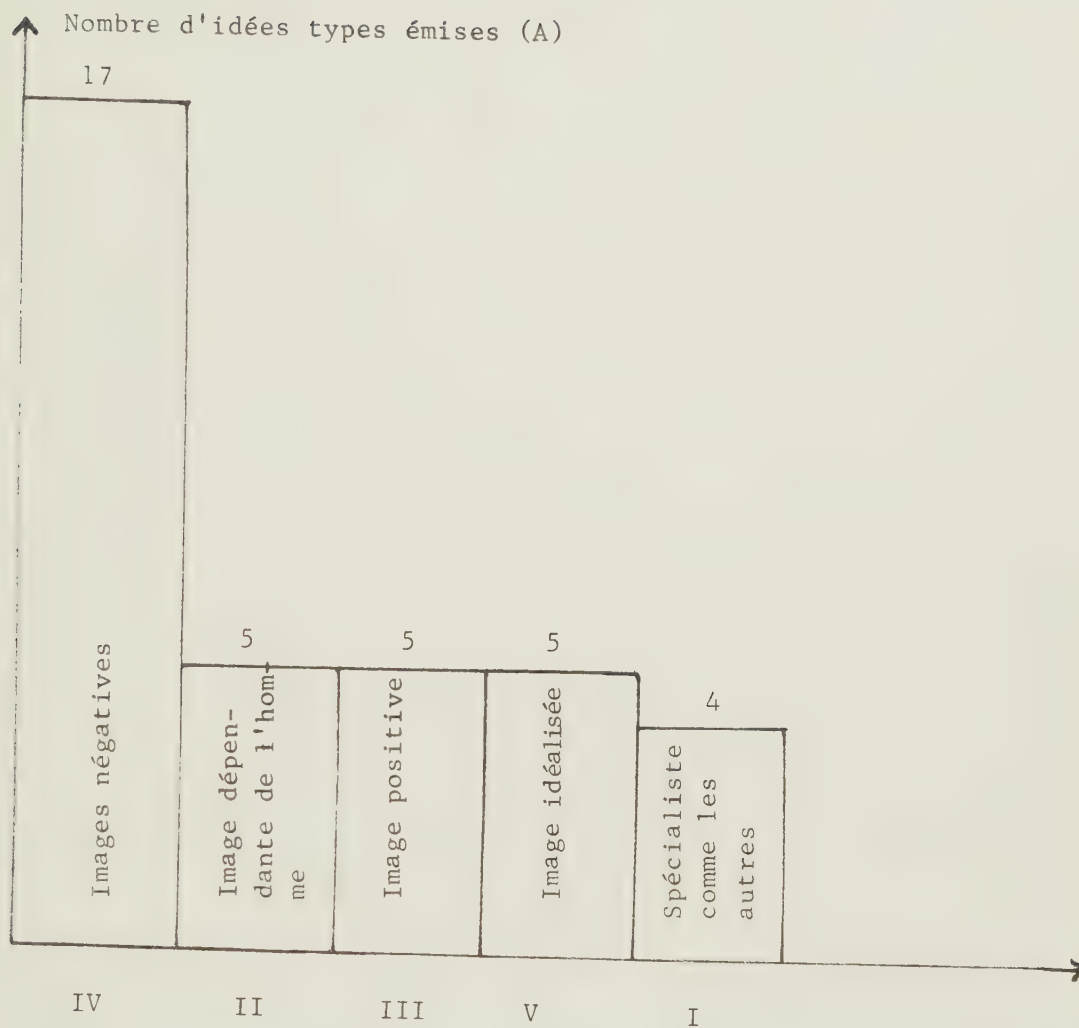
Les résultats de ces calculs sont inscrits dans le tableau suivant :

CATEGORIES	A	B	C
(I) Image d'un spécialiste comme les autres	4	26	0,1
(II) Image dépendante de l'homme	5	9	0,06
(III) Image plutôt positive	5	62	0,4
(IV) Image plutôt négative	17	166	1,1
(V) Image idéalisée	5	5	0,03

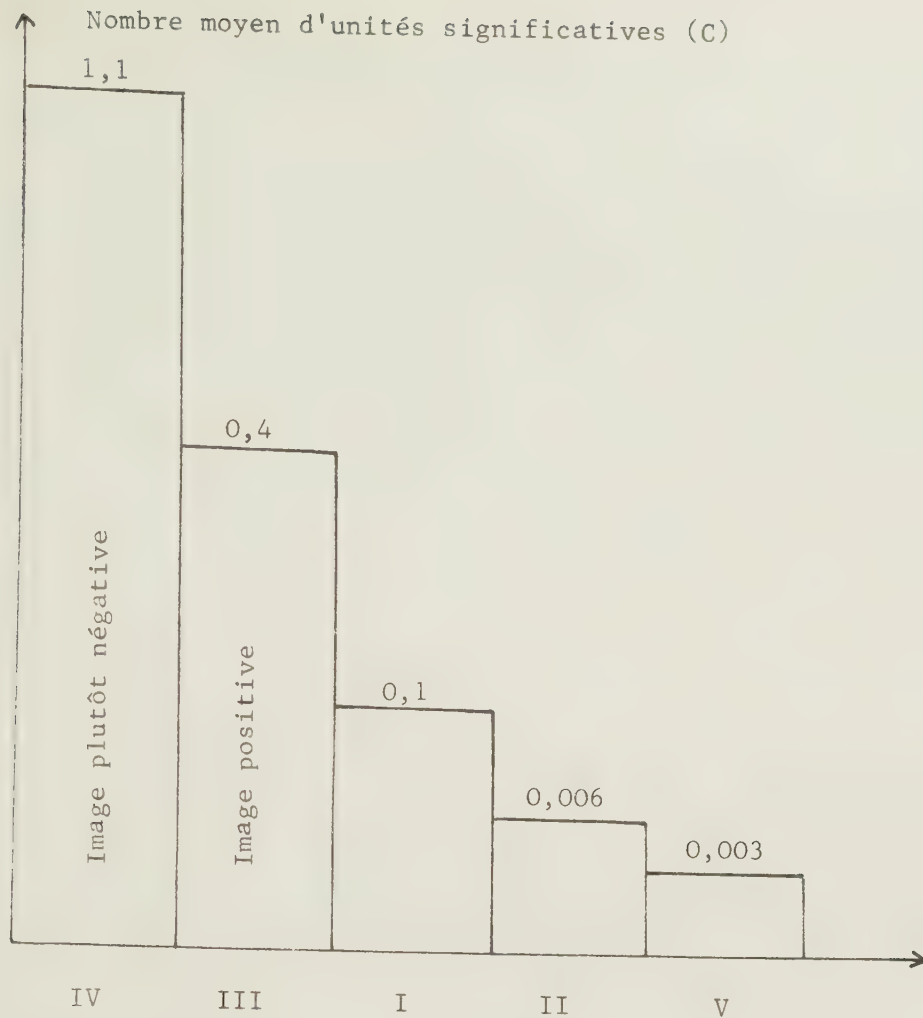
Nous allons visualiser schématiquement le classement des catégories par ordre d'importance.

- 1 - du nombre d'idées types émises (A)
- 2 - du nombre d'unités significatives exprimées en moyenne par chacun (C)

3 - du degré d'unanimité en calculant le rapport B/A qui égale le nombre moyen d'unités significatives par idée type, ce qui rend compte de la dispersion des idées dans la catégorie. Plus le rapport B/A est important, plus le nombre de personnes ayant exprimé la même idée est élevé, c'est ce qui permet d'apprécier le degré d'unanimité dans les opinions des médecins.

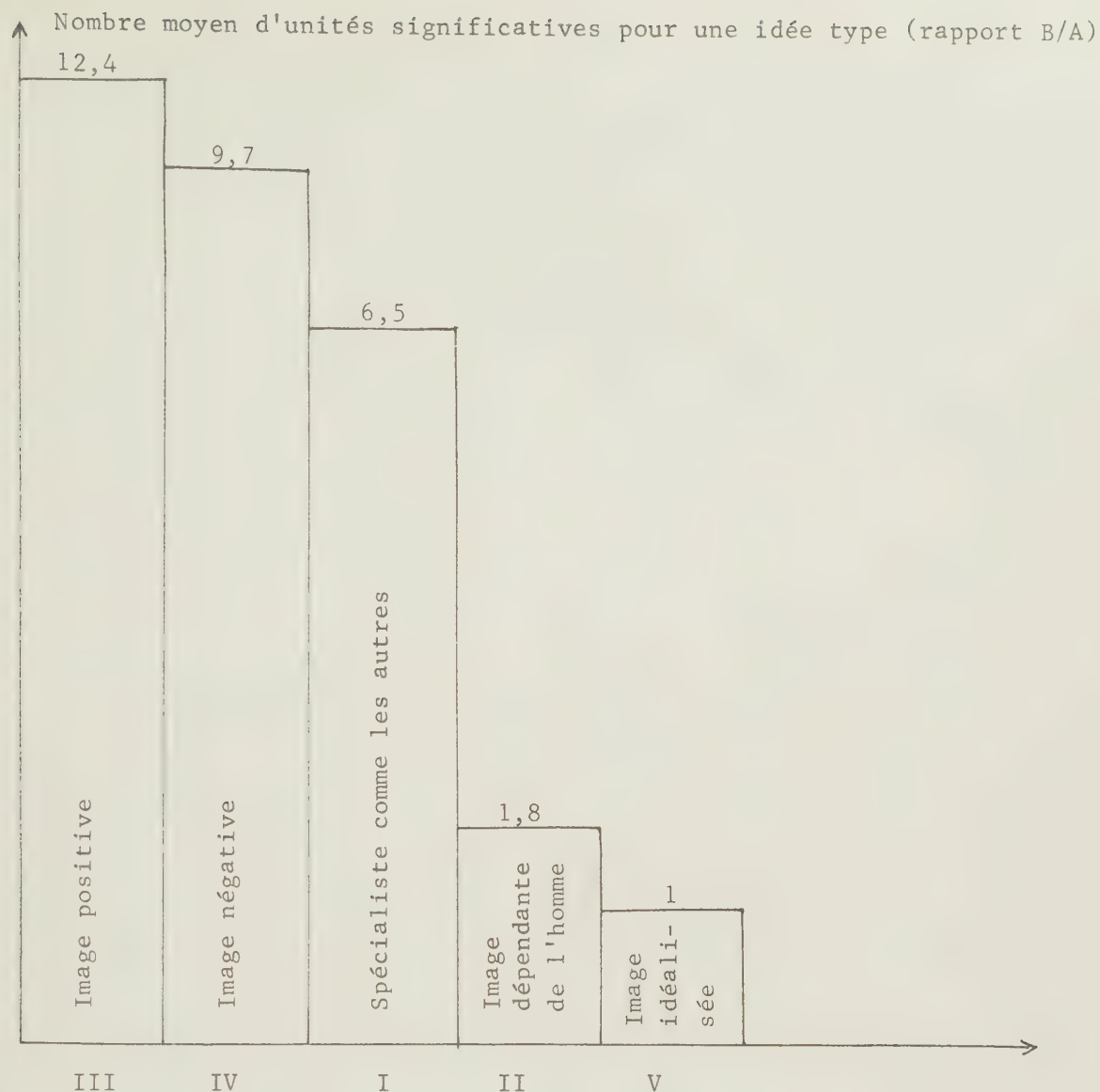


TABEAU n° I : Nombre d'idées types émises par ordre d'importance



TABEAU n° II : Nombre moyen d'unités significatives dans chaque catégorie par personne ayant répondu (C)

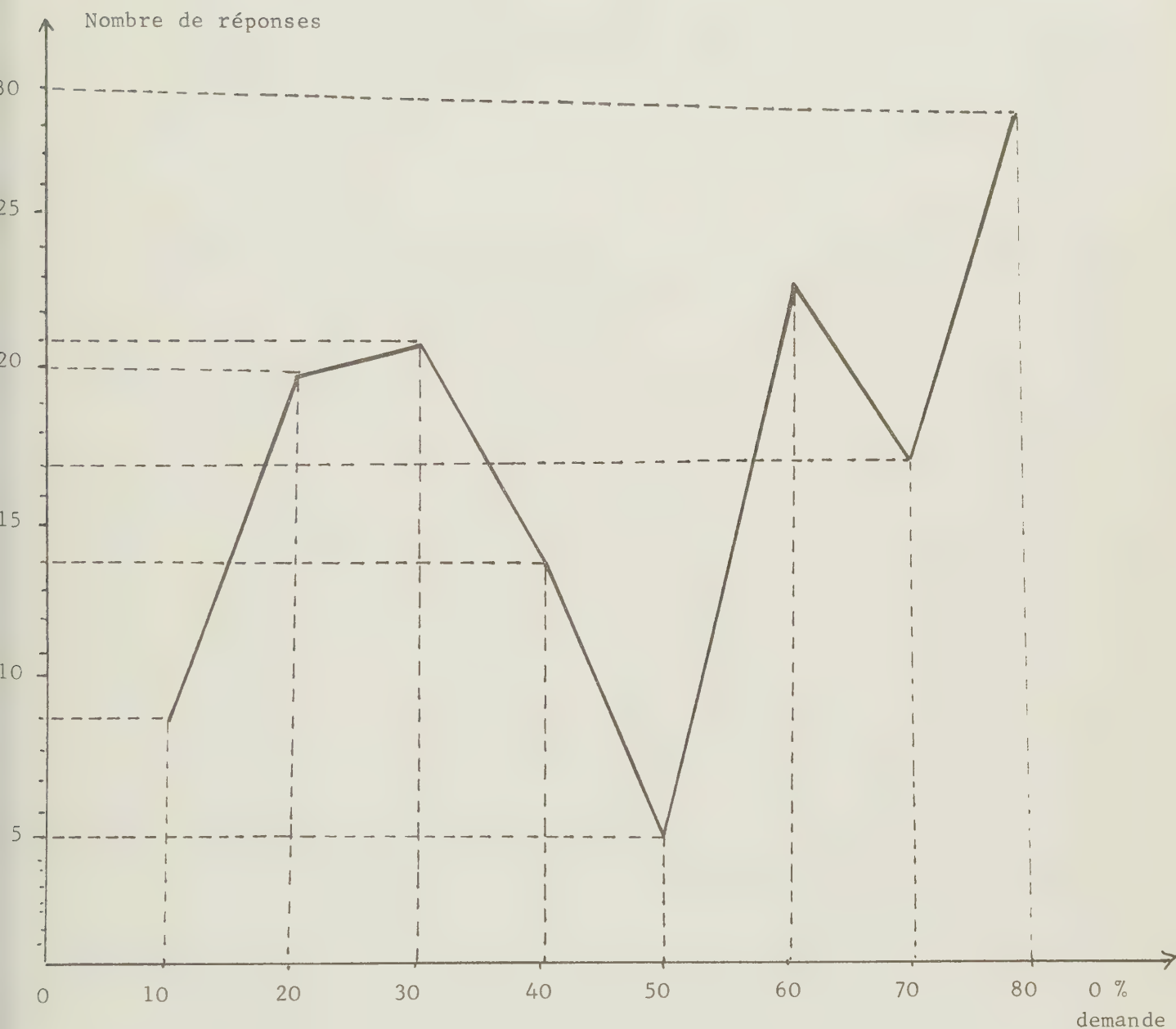
Les tableaux I et II montrent que pour les médecins ayant répondu, la catégorie la plus importante, et de loin, est celle concernant l'image négative (17 idées types sur 36) (166 unités significatives sur 268 émises et qu'ensuite viennent en position moyenne l'image en fonction de l'homme, l'image plutôt positive, l'image idéalisée avec en dernière position l'image d'un spécialiste comme les autres. Donc lorsqu'on demande aux médecins quelle est leur vision du psychiatre, ce sont les aspects négatifs de cette image qui provoquent le plus de réflexions.



TABEAU n° III : Degré d'unanimité dans l'opinion des médecins : B/A

Le tableau n° III montre que leurs opinions sur cette image négative et positive sont concordantes (plus que pour l'image en fonction de l'homme et pour l'image idéalisée). Le petit nombre de réflexions concernant l'image du psychiatre en fonction de l'homme et l'image idéalisée est à souligner : il est peut être dû à la difficulté qu'a le médecin pour définir quel type d'homme ferait un bon psychiatre, quant à l'image idéalisée, elle est la traduction d'un cliché aussi peu argumenté que bien ancré dans l'esprit des praticiens.

III - Expression des résultats à la question : "Quelle proportion de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques voyez-vous ? (Ca)



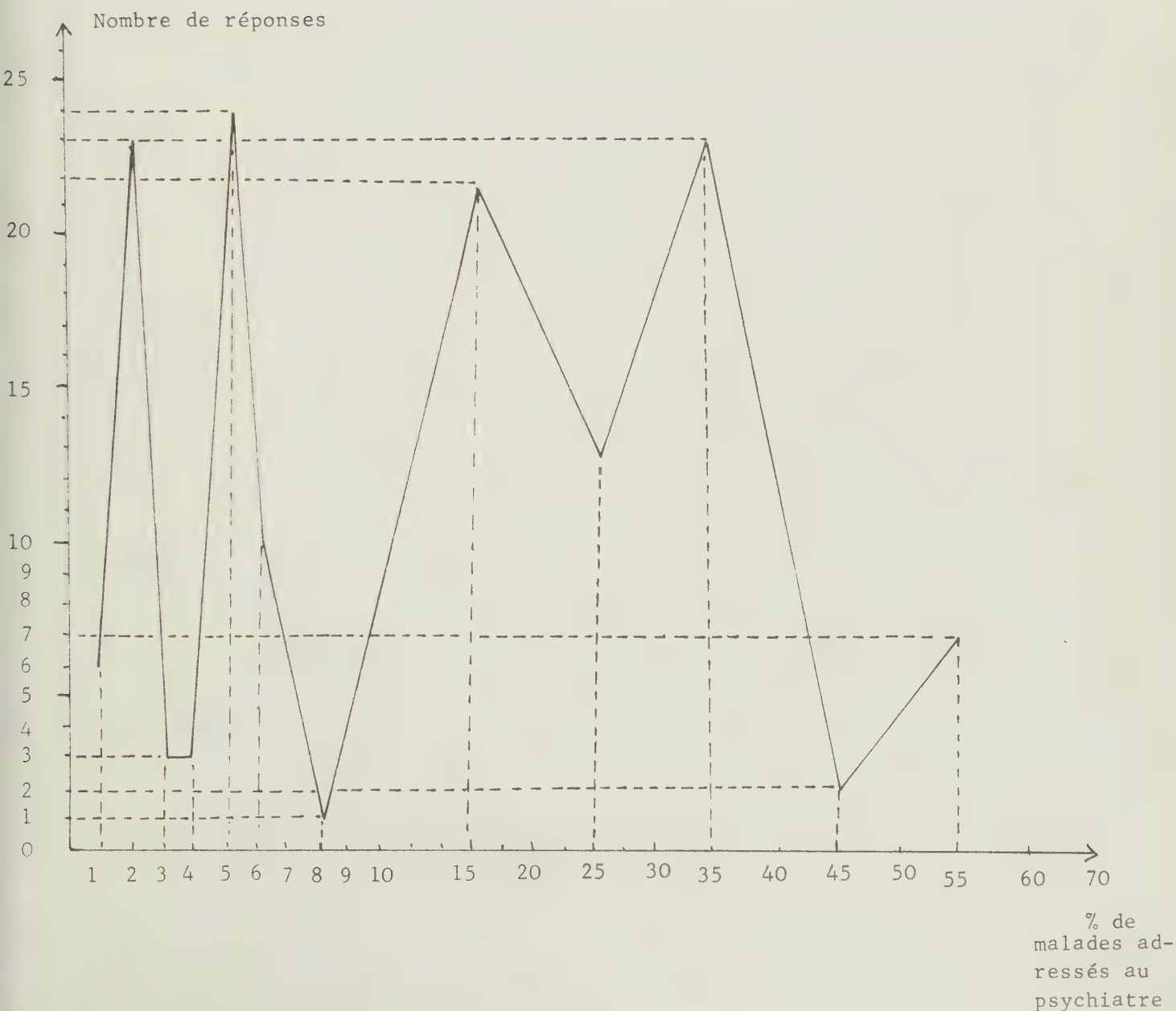
On observe 3 pics situés respectivement aux proportions de :

- 30 %
- 60 %
- 80 %

Le nombre le plus élevé de réponses se situe à 80 %, cette proportion étant donnée par 31 médecins sur 140 (soit 22,2 % de l'ensemble des médecins).

La proportion de malades présentant le moins de problèmes psychiatriques se situe à 50 % avec 5 médecins seulement qui donnent ce chiffre.

IV - Schéma exprimant le nombre de médecins ayant recours au psychiatre pour chaque pourcentage de malades présentant des problèmes psychiatriques ou psychologiques (Cb).



a) Etude des corrélations à la question (Ca) :

Pour la commodité de l'étude nous regroupons les pourcentages donnés par les réponses en 2 tranches :

- réponse type (A) de 0 à 50 % non compris, de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques : 64
- réponse type (B) de 50 à 80 % de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques : 76

Type A..... 45,71 %

Type B..... 54,28 %

* 64 médecins ont estimé que leurs patients présentaient des troubles psychologiques et psychiatriques dans une proportion allant de 10 à 50 % (non compris).

Sur ces 64 médecins, on dénombre :

- 52 généralistes soit 81,2 % des réponses type (A)
- 12 spécialistes soit 18,8 % " " (A)

Age :

- moins de 30 ans : 3 soit 4,68 %
- 31-45 ans : 30 soit46,87 %
- 46-60 ans : 23 soit35,93 %
- plus de 60 ans : 8 soit12,5 %

Mode d'exercice :

- urbain : 26 soit 40,6 %
- rural : 19 soit 29,68 %
- hospitalier : 3 soit 4,68 %
- mi-ville mi-rural : 16 soit 25,00 %

* 76 médecins ont évalué le taux de malades vus en consultation dans la tranche de 50 % compris à 80 % (réponse type (B)).

On dénombre :

- 59 généralistes soit 77,63 % des réponses type (B)
- 17 spécialistes soit 22,36 % " "

Age :

- moins de 30 ans : 6 soit 7,89 %
- 31-45 ans : 41 soit 53,94 %
- 46-60 ans : 24 soit 31,57 %
- plus de 60 ans : 5 soit 6,57 %

Mode d'exercice :

- urbain : 21 soit 27,63 %
- rural : 20 soit 26,31 %
- hospitalier : 9 soit 11,84 %
- mi-ville mi-rural : 26 soit 34,21 %

b) Etude des corrélations à la question (Cb) :

On délimitera 2 tranches dans les pourcentages :

- (A) de 0 % à 25 % non compris 95 réponses soit ...67,85 %
- (B) de 25 % compris à 60 % 46 réponses soit ...32,14 %

Sur 95 réponses de type A on dénombre :

- 76 généralistes soit 80 %
- 19 spécialistes soit 20 %

Age :

- moins de 30 ans : 7 soit 7,36 %
- 31-45 ans : 50 soit 52,63 %
- 46-60 ans : 28 soit 29,47 %
- plus de 60 ans : 10 soit 10,52 %

Mode d'exercice :

- urbain : 38 soit 40 %
- rural : 20 soit 21,05 %
- hospitalier : 9 soit 9,47 %
- mi-ville mi-rural : 28 soit 29,47 %

Sur 45 réponses de type (B), on dénombre :

- généralistes : 35 soit 77,77 %
- spécialistes : 10 soit 22,22 %

Age :

- moins de 30 ans : 2 soit 4,44 %
- 31-45 ans : 21 soit 46,66 %
- 46-60 ans : 19 soit 42,22 %
- plus de 60 ans : 3 soit 6,66 %

Mode d'exercice :

- urbain : 9 soit 20 %
- rural : 19 soit 42,22 %
- hospitalier : 3 soit 6,66 %
- mi-ville mi-rural : 14 soit 31,11 %

c) Commentaires :

(A) Question Ca

1 - 45,71 % des médecins ont évalué le pourcentage de patients présentant des problèmes psychologiques entre 0 % et 50 % non compris

2 - 54,28 % ont évalué ce pourcentage dans la tranche de 50 à 80 %

Donc la majorité des médecins voient dans leur clientèle plus de 50 % de malades présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques.

Dans la tranche de 0 à 50 % non compris, en comparant ces taux aux taux globaux de répartition des différents médecins, il ressort que :

- ce sont surtout des généralistes,
- âgés de plus de 60 ans,
- exerçant en milieu urbain dont la clientèle est la moins fournie en patients présentant des problèmes psychologiques ou psychiatriques.

Les médecins ayant répondu dans la tranche de 50 % à 80 % sont :

- des spécialistes,
- de 31 à 45 ans,
- exerçant en milieu hospitalier et mi-ville mi-rural qui voient dans leur clientèle les proportions les plus élevées de patients présentant des problèmes psychologiques ou psychiatriques.

(B) Question Cb

- | | |
|---------------------------------|---------|
| 1 - de 0 % à 25 % non compris : | 67,85 % |
| 2 - de 25 % à 60 % : | 32,14 % |

La majorité des médecins envoie en consultation psychiatrique un pourcentage de leur clientèle présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques situé entre 0 % et 25 % non compris.

Seuls 32,14 % des médecins envoient plus de 25 % de leurs malades psychiatriques en consultation spécialisée.

Réponse A :

Il ressort de l'étude comparative des taux que :

- ce sont des généralistes surtout,
- âgés entre 31 et 45 ans,
- exerçant en milieu urbain surtout qui envoient peu de malades en consultation psychiatrique

Réponse B :

Il ressort de l'étude comparative des taux que :

- ce sont des spécialistes,
- âgés entre 46 et 60 ans,
- exerçant en milieu hospitalier ou mi-ville mi-rural qui envoient le plus grand nombre de malades au psychiatre.

V - RESULTATS DE L'ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION :

"Cette relation avec le psychiatre vous donne-t-elle généralement satisfaction ?" (Cc)

Sur 140 médecins ayant répondu :

- 96 oui soit 68,5 % de l'ensemble des médecins
- 29 non soit 20,7 % " "
- 15 expriment une réponse nuancée sous la forme
"oui et non".

1°) Sur 96 réponses "OUI" :

Les corrélations entre le type de réponse et le mode d'exercice sont :

- Sur 96 oui : - 75 généralistes soit 78,1 % des oui
 - 21 spécialistes soit 21,8 % des oui

Par rapport au taux global de répartition des 2 modes d'exercice, il existe donc un taux de satisfaction plus grand parmi les spécialistes que parmi les généralistes.

Les corrélations en fonction de l'âge des médecins ayant répondu sont :

- Sur 96 oui : - 3 médecins ont moins de 30 ans..... soit 3,1 % des oui
 - 45 " ont entre 31 et 45 ans . soit 46,8 % "
 - 37 " ont entre 46 et 60 ans . soit 38,5 % "
 - 11 " ont plus de 60 ans soit 11,4 % "

Le taux de satisfaction est plus élevé chez les médecins âgés de plus de 60 ans et chez les praticiens situés dans la tranche entre 46 et 60 ans.

Les corrélations en fonction du type de clientèle :

- Sur 96 oui : - 31 exercent en milieu urbain..... soit 32,2 % des oui
 - 27 " en milieu rural..... soit 28,1 % "
 - 8 " en milieu hospitalier .. soit 8,3 % "
 - 30 " en milieu mi-rural soit 31,2 % "

Les taux de satisfaction sont les plus élevés chez les médecins exerçant en clientèle de type mi-ville mi-rural et en milieu rural.

Ce sont les spécialistes qui expriment le taux le plus élevé de réponses oui et non.

Les corrélations en fonction de l'âge :

Sur 15 réponses oui et non on trouve :

- 3 ayant moins de 30 ans soit 20 %
- 10 entre 31 et 45 ans soit 66,6 %
- 2 entre 46 et 60 ans soit 13,3 %
- aucun âgé de + de 60 ans soit 0 %

Une grande majorité des moins de 30 ans exprime ce type de réponse, vient ensuite la tranche d'âge 31-45 ans.

Les corrélations en fonction du lieu d'exercice.

Sur 15 réponses oui et non on dénombre :

- 3 médecins exerçant en milieu urbain..... soit 20 %
- 4 médecins exerçant en milieu rural soit 26,6 %
- 2 médecins exerçant en milieu hospitalier soit 13,3 %
- 6 médecins exerçant en milieu mi-ville mi-rural soit 40 %

Le taux maximum de ce type de réponses est trouvé parmi les médecins exerçant surtout en clientèle de type mi-ville mi-rural, puis en milieu hospitalier.

VI - RESULTATS A LA QUESTION POSEE : "Si cette relation avec le psychiatre ne vous donne-t-elle pas satisfaction, pouvez-vous nous dire pourquoi" ? (Cd)

a) Catégorisation et analyse qualitative :

Nous avons classé l'ensemble des réponses à cette question en plusieurs catégories mises en avant pour expliquer l'insatisfaction qu'éprouve le médecin dans sa relation avec le psychiatre.

- 1 - A cause de l'homme psychiatre
- 2 - A cause de sa technique
- 3 - A cause de ses mauvais rapport (confraternels et déontologiques)

Nous allons définir chaque catégorie et préciser les idées se rapportant à chacune d'elles.

1 - A cause de l'homme psychiatre

Une constatation domine l'ensemble des unités significatives rentrant dans cette catégorie : le psychiatre d'exercice public ne cherche pas à collaborer. Cette idée type est exprimée 10 fois sur 16 unités significatives.

"Non avec le secteur public : hôpitaux ou dispensaires d'hygiène mentale, qui suivent directement leur malade sans aucune collaboration avec le médecin traitant".

(Généraliste, 31-45 ans, rural).

" Non en consultation du secteur public, malade vite vu, surtout le malade âgé".

(Cardio., 31-45 ans, mi-V mir-R).

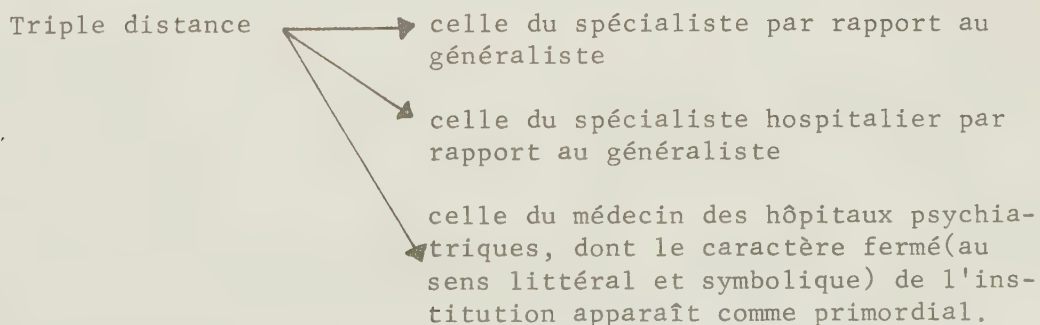
"Non avec le psychiatre hospitalier surtout depuis la sectorisation. Hospitalisations plus longues que dans le privé. Aucune relation avec le praticien. L'hospitalier est dans sa tour d'ivoire, avec ses prérogatives et privilèges, considérant le médecin généraliste comme un simple scribe".

(Généraliste, 30 ans, rural).

"Le psychiatre hospitalier est trop enfermé derrière les murs de son hôpital, refuse et ne cherche pas le contact".

(Généraliste, 31-45 ans, rural).

Dans cette perspective, l'obstacle à la relation se situe dans la distance qui sépare le psychiatre public du généraliste.



"Ce monde clos" dans lequel évolue le psychiatre, cette "tour d'ivoire" sont la matérialisation d'un univers très hermétique au médecin. Le généraliste se trouve isolé face aux exigences de ses malades, le psychiatre hospitalier est entouré, voire protégé par l'institution et toute son équipe face au malade. Et puis, il semble régner en seigneur au milieu des "fous", il a des "prérogatives", des "privilèges". Ces opinions rejoignent l'image du psychiatre "distant", "inaccessible", "énigmatique". Mais combien de généralistes sont déjà venus dans un hôpital psychiatrique. Car si le psychiatre n'en sort pas, le médecin peut y venir, ne serait-ce que pour revoir ses malades. Nous croyons à une certaine méconnaissance de la part des médecins de ce qu'est l'hôpital psychiatrique. De la méconnaissance on passe facilement à "l'idée qu'on s'en fait", laquelle n'est ni plus ni moins qu'un cliché stéréotypé.

Enfin, gros obstacle à la relation est cette image que donne le psychiatre de lui-même. Cette image "inquiétante", "trouble mais attirante" qui fascine mais que l'on saisit mal. Le psychiatre fait peur au malade et au médecin aussi. Dès lors, la relation est difficile. Surtout si en plus le psychiatre n'est pas du tout réaliste. Comment dialoguer dans ces conditions, comment d'ailleurs essayer de dialoguer avec quelqu'un que l'on "redoute".

Il faut savoir quel est notre interlocuteur, savoir ce qu'il va dire et surtout si ce qu'il va dire n'est pas dangereux pour nous médecins. On ne peut avoir une relation que d'égal à égal, or le psychiatre est non seulement un spécialiste, mais le spécialiste des fous, c'est-à-dire de malades dangereux dont on a hâte de se débarrasser. La folie fait peur, le psychiatre n'est pas encore démystifié et la relation n'est pas une relation simple. Le médecin ne demande pas aisément l'avis du spécialiste psychiatre.

"Pourquoi ? Peur d'être considéré comme dingue ? Désir inavoué de rester dans la névrose ? Peur des tarifs ?" (Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"Non parce que nous ne pensons pas assez au psychiatre dont le nom effraie le malade et aussi le médecin. Le dystonique, le fonctionnel que nous voudrions lui adresser et qu'il pourrait améliorer (comme peut-être

aussi le feraient les guérisseurs si nous avions le courage de l'y envoyer, aussi bien que les acupuncteurs ou homéopathes - nous répons aussitôt : mais je ne suis pas fou" (ORL, 46-60 ans, urbain).

2 - A cause de sa technique

La relation avec le psychiatre est insatisfaisante parce que la technique du psychiatre est criticable. La demande qu'émet le médecin à propos d'un malade n'est pas comblée, le médecin n'est pas satisfait du mode de thérapeutique de son spécialiste. Dans cette catégorie c'est la pratique du psychiatre qui nuit à une bonne relation. Pourquoi ?

D'abord parce que le psychiatre est essentiellement un chimiatre alors qu'on souhaiterait le voir pratiquer plus de psychothérapies, ce à quoi il est surtout destiné. Sa thérapeutique est essentiellement à visée symptomatique, mais est-ce sa faute ?

Autrement dit, c'est sur le plan de son efficacité qu'il est jugé. On lui demande de guérir ses malades, et il nous les renvoie avec un nombre impressionnant de prescriptions, le malade est diminué par ces drogues, mais il n'est pas guéri comme le prétend le psychiatre ! On n'est pas satisfait de la relation avec le psychiatre parce qu'il soigne mal ou qu'il ne guérit pas les malades qu'on lui envoie.

"Nous ne nierons pas quelques résultats satisfaisants dans les cas d'affection neurologique organique ou d'accès psychotique. Mais que de déception lorsqu'il s'agit de malades fonctionnels, en fait inadaptés au mode de vie actuel et traités le plus souvent par 10 comprimés + 3 ampoules + 90 gouttes... ce qui le transforme en loque humaine alors que des séries d'entretien le remettraient sur la bonne voie".
(Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"Exception faite des malades psychotiques profonds et des dépressions graves (mélancolie) pour lesquels d'ailleurs la chimiothérapie n'apporte qu'une solution passagère et même la récurrence est la règle, ce qu'il est convenu d'appeler psychiatrie légère devrait se faire à 2 niveaux :

- 1 - Niveau à la portée du généraliste : Psychothérapie
- 2 - Niveau réservé à un spécialiste hautement qualifié :
 Psychanalyste"

(Généraliste, 46-60 ans, urbain).

"Après quelques séances de narcoses, cure de Sakel, électrochocs, etc... le psychiatre n'écoute que peu le malade, car cela exige de la patience, du temps et de la sensibilité. En conséquence, le malade quitte la clinique psychiatrique avec les mêmes problèmes et ses problèmes ne sont pas résolus : guéris pour le psychiatre, mais pas pour le médecin".

(Généraliste, 30 ans, urbain).

"Je juge au prorata des résultats obtenus. Trop de chimiothérapie, trop longs séjours dans les maisons de santé. Pas assez de prévention et de dépistage. Crédits insuffisants".

(Généraliste, 46-60 ans, urbain).

"Les psychiatres font surtout un traitement chimiothérapique et très peu, ou pas du tout, de psychothérapie. Ils voient trop de malades comme les généralistes d'ailleurs".

(Généraliste, 46-60 ans, urbain).

"Dans les quelques cas où je ne suis pas satisfait cela provient d'une chimiothérapie trop lourde".

(Spécialiste, 30 ans, hospitalier).

"Trop de chimiothérapie, pas assez de psychothérapie".

(Généraliste, 31-45 ans, urbain).

"J'hésite à adresser des cas bénins et légers, car bien souvent les petits mentaux (anxieux, petits déprimés) sont transformés en obèses, automates, abouliques, etc... par un traitement trop lourd. Quant aux cas graves, il y a surtout transfert de responsabilité et un soulagement du médecin généraliste plus que du client".

(Généraliste, 46-60 ans, rural).

" Le malade n'est souvent guère plus avancé après avoir été vu et même traité (médicalement) par le psychiatre".

(O.R.L., 30 ans, hospitalier).

"Dans 90 % des cas le diagnostic est déjà posé et j'attends plus de lui une psychothérapie qu'une ordonnance. Malheureusement la psychothérapie ou bien il ne sait pas la faire, ce qui est grave ou bien il n'en a pas le temps ce qui est pire".

(Généraliste, 31-45 ans, mi-V mi-R)

"Le psychiatre et ses collaborateurs ne résolvent pratiquement jamais les problèmes posés par les 2 exemples suivants : démence alcoolique ou sénile, qui sont fréquemment rencontrées".

(Chirurgien, 31-45 ans, hospitalier)

"Le psychiatre se contente de bombarder le malade à distance avec une artillerie chimiothérapique: ceci nous savons à peu près le faire".

(Généraliste, 31-45 ans, rural)

Il ressort de ces citations que le médecin n'est pas satisfait du psychiatre parce qu'il n'est pas répondu à la demande du généraliste : guérir. On lui reproche les rechutes, les excès de chimiothérapie, les résultats décevants, sa notion bien relative de la guérison. A l'extrême, ce chirurgien nous reproche de ne pas guérir les démences (comme lui guérit les fractures de jambe par exemple).

La relation a donc pour ces médecins le support de l'efficacité, du résultat "heureux". La relation sera bonne si le résultat est bon et si le résultat est bon c'est que le psychiatre fait ce que désire le médecin.

Une réponse vient quand même nuancer ces critiques :

"Il ne faut pas reprocher au psychiatre d'avoir une spécialité jeune qui n'a souvent que des thérapeutiques symptomatiques".

(Généraliste, 31-45 ans, mi-V mi-R)

Un chirurgien de 46-60 ans, hospitalier, nous répond :

"La relation me donne satisfaction avec les réserves dues à la rareté des résultats heureux, à long terme, de la thérapeutique".

Dans cette catégorie (II) est abordé alors un autre obstacle à la relation, celui là plus concret : le langage. On atteint là l'instrument de la communication. Jusqu'ici le support de la communication était la maladie avec sa guérison maintenant c'est le langage.

On reproche au psychiatre son langage trop "hermétique", "incompréhensible", manquant de réalisme et de bon sens".

"Langage trop particulier, avec des grandes expressions dont la signification est quasi muette".

(Pédiatre, 46-60 ans, urbain)

"Pas de compte rendu détaillé de l'entretien ni de conduite à tenir. Conception trop rigide du secret médical concernant la relation malade psychiatre".

(Généraliste, 31-45 ans, urbain)

"Oublie souvent de répondre à son correspondant généraliste qui lui a adressé le malade, ou bien s'il le fait, le compte rendu est très succinct".

Le médecin voudrait donc savoir ce qui se dit et ce qui se passe durant ces entretiens malade-psychiatre. Il ne peut le savoir parce que la lettre est ou trop "succincte" ou exprimée dans un langage incompréhensible.

Le problème du langage en psychiatrie est-il vraiment spécifique à cette spécialité ? Les termes psychanalytiques ne sont-ils pas finalement aussi hermétiques que ceux utilisés actuellement pour détailler l'étiologie des néphropathies glomérulaires ?

Chaque spécialité a son support linguistique, son langage technique particulier. Celui du psychiatre est soit méconnu, parce que non appris, soit refusé, parce que reposant sur des conceptions psychiatriques rejetées (par exemple la psychanalyse).

Il est bien évident qu'on ne peut traduire dans une lettre le compte rendu d'un cheminement relationnel comme on peut traduire un compte

rendu opératoire. D'ailleurs est-il souhaitable de tout dire. Cette "conception trop rigide du secret médical concernant la relation malade psychiatre" n'est-elle pas plus une nécessité thérapeutique qu'un désir de "cacher au médecin ce que le malade dit "plus volontiers aux psychiatres ?"

Dans le domaine de la technique du psychiatre les médecins voient comme obstacle certains faits de nature à perturber la relation :

- un médecin reproche l'absence de sévérité à l'égard des alcooliques.
- un autre critique l'absence d'action préventive. La sectorisation permet une plus grande prévention des maladies mentales, mais les médecins y sont opposés.
- un médecin reproche les sorties trop précoces. Ne méconnaît-il pas la possibilité de raccourcir les durées d'hospitalisation grâce aux médicaments modernes et donc la coupure du malade d'avec son milieu ? Cette réponse recouvre aussi la crainte du fou.

"Pour les éthyliques, le psychiatre a tendance à croire parfois que l'alcoolique est un malade qui s'amendera rentré chez lui. Or les récidivistes sont inamendables et il faudrait les placer définitivement dans des établissements type hôpitaux secondaires à titre définitif, je répète. Un peu de pragmatisme s'il vous plaît. Ce sont les omnipraticiens qui les ont sur le dos !"

(Géné. + 60 mi-V mi-R)

3) La relation envisagée dans son aspect confraternel et déontologique

Le psychiatre a tendance selon les médecins à "prendre" les malades au généraliste, à vouloir les garder pour lui.

A cet obstacle s'ajoute celui de la rivalité entre psychiatre et généraliste : le spécialiste a tendance à sous estimer le généraliste.

Ainsi s'expriment les médecins :

"Certains psychiatres ont tendance à garder le malade pour eux-mêmes" Géné. 31-45 U

"Manque de liaison entre psychiatre et médecin traitant. Malade en général perdu de vue par le généraliste, le psychiatre continuant à traiter le malade d'une manière exclusive, même quand il lui a été adressé par un généraliste. Je reconnais, avec grande satisfaction que cette observation ne peut s'appliquer aux Patrons. Dont acte".

Géné + 60 mi V mi R

"Trop souvent le psychiatre considère le généraliste comme incapable de comprendre une notion psychiatrique et ne renvoie qu'une ordonnance enrobée de formules de politesse".

Géné. 46 60 R

"Le plus souvent le psychiatre néglige de prendre l'avis du médecin de famille et ne sait pas faire découvrir au malade l'importance du rôle que celui-ci a joué dans sa guérison".

Géné 31 45 Urbain

Cet aspect captatif du psychiatre qui garde ses malades sans vouloir les rendre à leur médecin est souvent évoqué. Ici la relation se situe sur le plan de la possession du malade. Elle est soustendue par la peur de perdre son malade qui a trouvé un médecin qui éventuellement le comprendra mieux.

Cet obstacle à une bonne relation est spécifique à la psychiatrie, en effet les autres spécialistes fonctionnent sur le modèle de la complémentarité dans lequel chaque médecin garde sa place bien délimitée et stable.

TABLEAU Récapitulatif et hiérarchisé des différentes idées types exprimées à la question "Pourquoi la relation avec le psychiatre ne vous donne-t-elle pas généralement satisfaction ?"



TABLEAU I

- idée type (9) : le psychiatre manque de réalisme
- idée type (10) : pas assez de sévérité à l'égard des éthyliques
- idée type (11) : pas d'action préventive
- idée type (12) : sorties des malades trop précoces

Il ressort de ce tableau que l'obstacle à une bonne relation est surtout situé :

- dans la technique du psychiatre auquel il est reproché trop de chimiothérapie et pas assez de psychothérapie.

Ces deux types recueillent 25 unités significatives sur les 71 exprimées dans les 3 catégories.

- dans l'attitude du psychiatre public qui ne cherche pas à collaborer.
- puis dans le langage avec le même nombre d'unités significatives que pour l'idée type (5) c'est-à-dire le psychiatre prend des malades au médecin.

b) Analyse quantitative des catégories

Comme pour l'image du psychiatre nous avons calculé pour chacune des catégories :

* le nombre d'idées types exprimées dans les réponses.

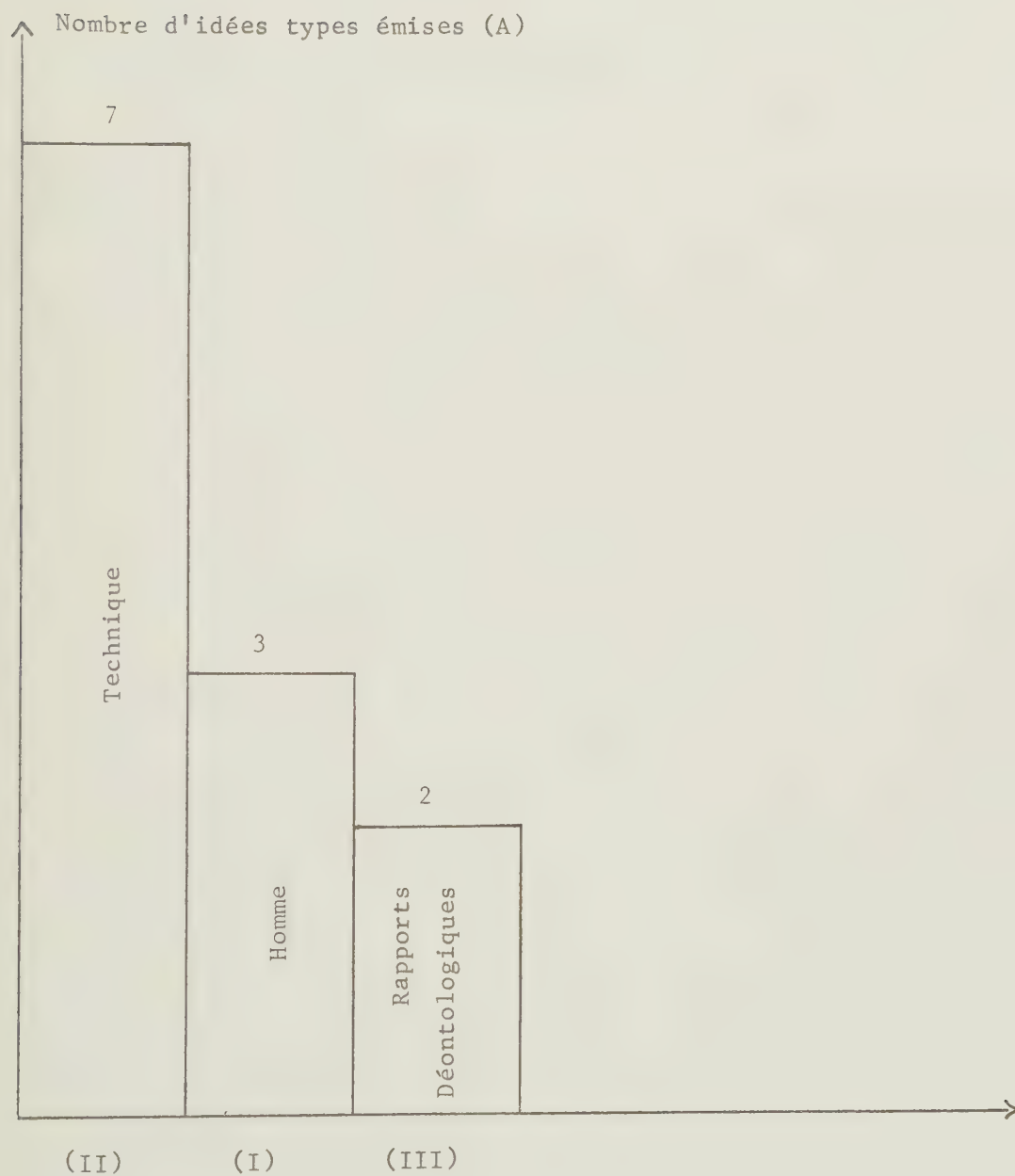
* le nombre d'unités significatives, c'est-à-dire, le nombre de phrases prononcées dans chaque catégorie, sans éliminer comme précédemment les répétitions d'idées, d'une personne à l'autre.

* le nombre moyen d'unités significatives prononcées par chaque répondeur en divisant dans chaque catégorie le nombre d'unités significatives (b) par le nombre total de médecins se déclarant insatisfaits (réponse non) ou plus nuancés (réponse oui et non) (soit 44 personnes).

Catégorie relation insatisfaisante	A	B	C
(I) à cause de l'homme	3	16	0,36
(II) à cause de sa technique	7	41	0,93
(III) à cause de ses rapports déontologiques	2	14	0,31

Nous allons visualiser schématiquement le classement des catégories par ordre d'importance.

TABLEAU (I) : du nombre d'idées types émises (A)



TABEAU II

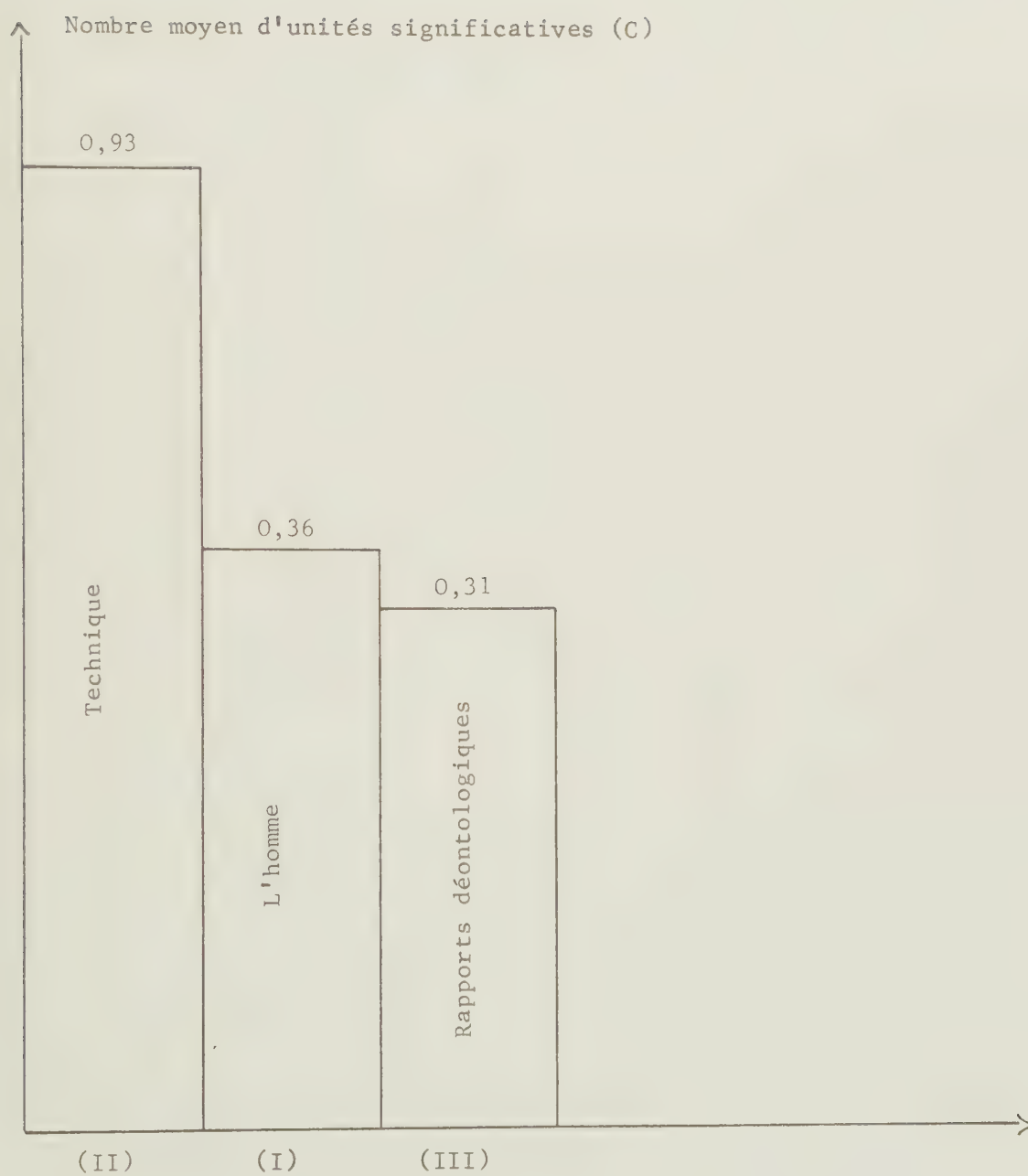
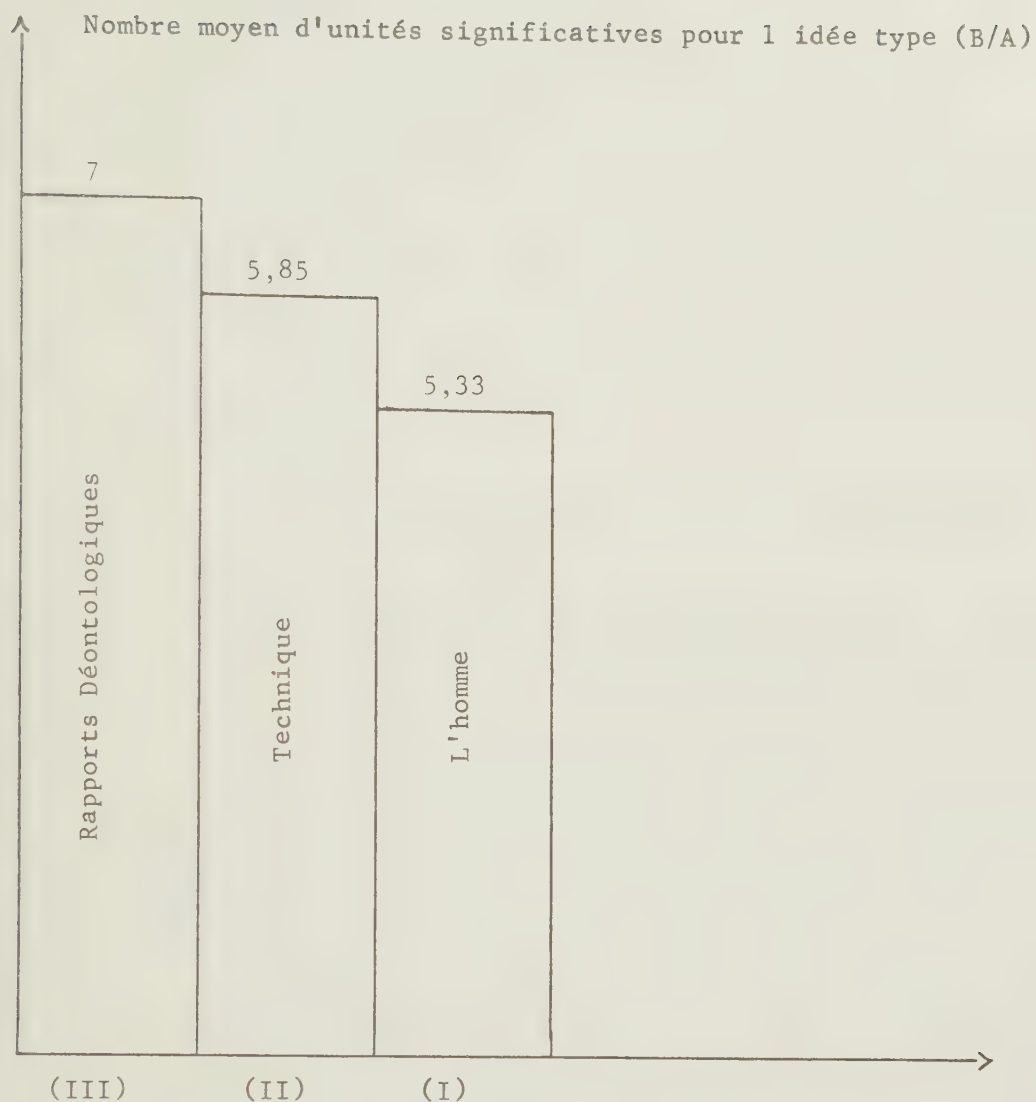


TABLEAU III :REFLEXIONS :

Les tableaux I et II montrent que ce qui nuit à la relation médecin psychiatre est de loin la technique du psychiatre (7 idées types sur 12) (41 unités significatives sur 71 émises) et qu'ensuite viennent en position groupée et moyenne la personnalité du psychiatre et la nature de ses rapports confraternels.

Donc lorsqu'on parle aux médecins de leur relation avec le psychiatre, c'est la technique de celui-ci qui est l'objet de l'insatisfaction et c'est cette technique qui suscite le plus de réflexions.

Le tableau III montre que leurs opinions sur ce sujet ne sont pas très concordantes. Le plus fort degré d'unanimité étant rencontré à propos de la catégorie "rapports déontologiques".

VII - EXPRESSION DES RESULTATS A LA QUESTION

"Quelles suggestions faites-vous pour le bon établissement de la communication entre le médecin et le psychiatre ?"

Sur 140 réponses, 41 médecins n'émettent aucune suggestion soit 29,2 %

99 médecins expriment une suggestion soit 70,7 % de l'ensemble des médecins.

Comparons ces résultats à ceux de la précédente question :

Sur 140 médecins :

- 96 étaient satisfaits de leur relation avec le psychiatre	68,5 %
- 29 n'étaient pas satisfaits	20,7 %
- 15 étaient partiellement satisfaits	10,7 %

Il existe donc un grand nombre de médecins qui bien que satisfaits des relations médecin-psychiatre souhaitent émettre des suggestions. Ce résultat pondère peut-être la satisfaction précédemment rencontrée (68,5 %) ou bien il est l'indice d'un désir appréciable d'améliorer encore les relations.

Dans tous les cas, nous voyons là un facteur important à considérer dans toute enquête de ce type : réserver la possibilité au répondeur de s'exprimer librement et spontanément en dehors des règles précises d'un questionnaire.

a) Catégorisation et analyse qualitative des suggestions :

Les suggestions émises peuvent se classer en 5 catégories en référence aux concepts suivants :

- 1) Formation du psychiatre
- 2) Exercice du psychiatre
- 3) Image du psychiatre
- 4) Formation du généraliste
- 5) Collaboration avec le généraliste

Description et analyse de ces catégories :

1) Formation du psychiatre

On retrouve souvent dans cette catégorie le souhait que le psychiatre soit "plus médecin que psychiatre". Cette opinion se réfère à l'image du psychiatre qui sépare trop l'organique du psychique, qui néglige l'organique et donc s'éloigne de la démarche d'esprit médicale.

Ceci sous-tend que le psychiatre doit ressembler au médecin, on communique d'autant mieux qu'on est plus proche l'un de l'autre et que les instruments de la communication sont communs, ont la même signification pour les deux.

"Que le psychiatre soit plus médecin et le médecin plus psychiatre". (Allergo 31-45 U)

"Que le psychiatre soit (ou reste un médecin. Qu'il rede-vienne le médecin des maladies de l'esprit. Qu'il cesse d'affirmer normal le pathologique sous prétexte que le normal n'existe pas". (Cardio 31-45 H)

"Il faut que le psychiatre sache s'affranchir de sa qualité même de spécialiste et qu'il demeure médecin tout simplement, venant ainsi épauler efficacement le médecin traitant dans son contact quotidien avec le patient"
(Géné. 31-45 R)

"Qu'ils n'oublient pas qu'ils sont médecins avant tout et pas psychologues, c'est-à-dire étudiants de l'esprit"
(Géné. 31-45 mi-V mi-R)

Cette dernière réponse montre à l'extrême le désir qu'à le médecin de supprimer ce qui fait la spécificité de la psychiatrie, à savoir la médecine de la relation. Il ressent bien que la rivalité est grande sur ce terrain du fait de son manque d'information (ou de temps). A l'extrême, la communication serait idéale si le psychiatre n'était pas psychiatre il n'y aurait alors pas les problèmes de chevauchement entre médecin et psychiatre et la biappartenance du malade à deux médecins serait abolie.

On peut aussi interpréter cette opinions comme l'expression du souhait que le psychiatre ne se laisse pas trop marquer par des options fondamentales telles que psychanalyse, phénoménologie, anti-psychiatrie... lesquelles, si elles sont mal intégrées ou entraînent une adhésion inconditionnelle, ne peuvent effectivement qu'éloigner le psychiatre de la médecine.

Un médecin écrit "Evitez de devenir les censeurs impitoyables de notre société...." un autre "Le psychiatre est un intolérant d'une foi tyrannique et sans espoir qui confond le dogme de ses théories avec une science exacte. En tout cas l'opposé d'un médecin dont il a oublié le scepticisme et la formation générale".

Cette formation générale de somaticien est souhaitée par le médecin, elle permet au psychiatre "d'avoir un peu plus les pieds sur terre". Certains préfèrent d'ailleurs envoyer leurs malades au neuropsychiatre, celui-ci paraissant plus près de l'organique, dont plus réaliste.

Cette formation en médecine générale apparaît même nécessaire pour certains qui souhaitent que le futur psychiatre exerce en qualité de généraliste pendant un ou deux ans avant de s'installer comme spécialiste. Ainsi il serait confronté à l'environnement du malade, il collerait à une certaine réalité qu'il a tendance à ignorer lorsqu'il exerce dans son cabinet ou sa clinique. Il apprendrait à connaître les exigences et les difficultés devant lesquelles se trouve quotidiennement confronté le généraliste. Bref il y gagnerait en sagesse et bon sens.

"Il serait nécessaire que tout psychiatre soit obligé de faire un ou deux ans de médecine générale" (Géné 31-45 U)

"Soit le psychiatre ou neuropsychiatre est un technicien pur : rien à signaler.

Soit le psychiatre ou neuropsychiatre, et cela ne peut être autrement, est un thérapeute. Il devrait de ce fait faire 3 à 5 ans en médecine générale avant la spécialité et de ce fait nous parlerions le même langage"

(Géné. 31-45 miV miR)

- Viennent ensuite les opinions tenant à la spécialité. "Il faut entièrement la repenser" écrit un de nos correspondants. Dans quel sens ? aucun ne le précise. Ne serait-ce pas pour tout simplement la supprimer ? D'autres plus nuancés, aimeraient voir le psychiatre s'ouvrir vers des techniques thérapeutiques non enseignées en Faculté. Il aurait tout à y gagner précise-t-il ! Pour certains le recrutement du psychiatre doit être plus rigoureux (mais dans quel sens).

"Il me semble qu'un nombre important de médecins qui choisissent la psychiatrie le font par peur des responsabilités diagnostiques et thérapeutiques qui incombent à un médecin généraliste. Je pense qu'il y a là une fuite des responsabilités qui est grave lorsque, au bout du compte, l'on se retrouve psychiatre"

(Géné moins de 30 ans R)

"Que le psychiatre sache bien faire la psychothérapie. Et qu'enfin l'esprit s'ouvre vers des techniques qui bien que non enseignées en Faculté n'en sont pas moins très efficaces. Si je ne diffusais que ce que je n'ai appris auprès de mes maîtres de la faculté, je sais que je ne satisferais que 50 % de mes malades"

(Géné 31-45 mi V mi R)

"Plus grande rigueur dans le mode de formation des psychiatres. Que cela ne soit pas pour eux un refuge derrière les responsabilités d'une médecine qui a des exigences de plus en plus grandes".

(Géné 31-45 R)

Enfin reste la solution antipsychiatrique. Le psychiatre n'a pas de raison d'être. C'est la société qui est malade et c'est elle qu'il faut soigner.

"Politisation du médecin et surtout des psychiatres"

(Allergo 31-45 H)

"Révision fondamentale du statut du malade mental dans la société qui évalue ceux-ci non en fonction de sa dangerosité, mais de sa productivité".

(Géné 46-60 U)

"De toute façon la société actuelle est trop psychogène pour qu'une solution réelle existe. Nous nous battons pour des individus dans une maladie collective dont nous ne sommes même pas indemnes".

(Géné 31-45 H)

"Aucune suggestion dans l'état actuel de la société française et hélas aucune aussi d'après les modèles politiques et sociaux d'autres pays similaires ou radicalement différents".

(Chirurgien 31-45 H)

2) L'exercice du psychiatre

La majorité des suggestions se regroupent autour de 4 thèmes principaux :

- * La communication à proprement parler : la lettre,
- * La technique : pas assez de psychothérapie,
- * Le psychiatre devrait voir ses malades dans leur environnement,
- * Le langage psychiatrique est à simplifier, voire à bannir.

* La lettre :

Elle est considérée comme suffisante. Mais le plus souvent elle laisse le médecin insatisfait, car soit elle n'est pas faite, soit elle parvient trop tard, soit le contenu est trop succinct pour assurer une bonne communication. Il est souhaité que le contact soit plus direct, par téléphone par exemple, à l'issue de la consultation, voire pratiquer une consultation en commun.

Très proche du problème du moyen de la communication se trouve posé le problème du support à savoir le langage. Ce sont toujours les mêmes reproches qui engendrent les mêmes suggestions :

que le langage utilisé par le psychiatre soit plus simple, plus accessible.

"Les rapports (quand ils arrivent) ne suffisent pas. L'idéal serait un contact direct, libre, téléphone si besoin"
(Géné 31-45 U)

"Qu'ils fassent l'effort de traduire leurs opinions en mots simples"
(Géné 31-45 mi V mi R)

"Mieux qu'une lettre, un coup de fil. Le médecin sait alors comment le psychiatre voit réellement le problème qui lui a été soumis"
(Géné 31-45 mi V mi R)

"Une relation téléphonique permettant au médecin d'orienter sa psychothérapie, parfois une consultation en commun"
(Pneumo 46-60 mi V mi R)

"Parler le même langage simple" (Pédiatre 46-60 U)

"Une meilleure liaison. Le médecin traitant est laissé dans l'ignorance du traitement suivi. Le rapport de sortie est plus que succinct"
(Géné 46-60 U)

"Attention au problème du langage du spécialiste sans doute nécessaire, mais qu'il nous faut apprendre ou rappeler"
(Dermato 46-60 U)

"Que les psychiatres fassent des rapports plus complets et plus sincères en nous laissant la surveillance des malades externes qu'ils doivent contrôler de temps en temps en nous faisant part de l'évolution de l'état et de la pensée des malades"
(Géné 31-45 U)

"Conversation ou lettre lorsque le malade va consulter directement sur avis de l'amie ou de la concierge !"
(Géné 31-45 R)

"Nécessité d'une discussion entre médecin et psychiatre pour aborder les problèmes psychologiques des malades, une correspondance ne suffit pas"
(Géné 30 ans U)

Ces exemples montrent un médecin avide de poser au psychiatre des questions concernant le malade, son état et ses "pensées". Bien évidemment il reste sur sa faim lorsqu'il reçoit un rapport de sortie aussi complet soit-il, il ne peut que le lire. Le contact direct (téléphonique par exemple) lui permettrait de poser des questions qui lui paraissent primordiales pour sa pratique quotidienne : qu'est-ce que je dois faire si... ? Quant au sentiment qu'il se dit dans ces entretiens psychiatre-malade des échanges que le psychiatre ne veut pas communiquer, il est clairement exprimé. Un généraliste écrit : "La conception du secret médical dans la relation malade psychiatre est trop rigide".

Mais est-ce nécessaire de tout dire ?

"Le psychiatre fait révéler au malade des faits qu'il n'ose pas dire au médecin habituel, faits de sa vie intérieure ou de sa vie familiale ou professionnelle. Le médecin a intérêt à connaître ces faits".

(Généraliste, + 60 ans, mi-V mi-R)

Autre aspect limitatif de ces lettres :

"La relation épistolaire n'est pas souvent une relation vraie, elle nécessite de la part du médecin traitant un équilibre qui lui manque souvent : le manque d'interlocuteur au moment même où il fait sa lettre le gêne souvent beaucoup et il a peur d'être jugé et jaugé d'après ce qu'il a écrit...".

(Généraliste, 31-45, mi-V mi-R)

Un médecin généraliste (46-60 ans, mi-V mi-R) a sur la technique d'utilisation de la lettre des opinions bien précises :

"Il faut qu'à la sortie de la clinique le psychiatre se mette en rapport téléphonique avec le médecin traitant avant d'établir la lettre de sortie et le traitement. Tout cela pour de multiples raisons. Je pense que le psychiatre devrait remettre au malade une lettre pour le médecin traitant (lettre banale) et une autre lettre pourrait être adressée au médecin traitant directement, s'il est préférable que le malade ne soit pas au courant de

certaines choses. Souvent les malades nous réclament la lettre du psychiatre et nous sommes bien gênés".

De fait, cette conception de l'échange épistolaire a ses avantages, mais il fait poser le problème de l'opportunité de cacher le diagnostic au malade. Cet aspect caché de la maladie protège plus le médecin et sa peur de la maladie que le malade.

* La psychothérapie

Un nombre important de médecins expriment le souhait de voir le psychiatre faire plus de psychothérapie avec pour corollaire la diminution de la thérapeutique médicamenteuse. Ce désir est positif s'il est animé chez le médecin par l'objectif primordial de tout traitement à visée psychique : l'autonomie finale du malade. Il est possible cependant qu'il recouvre la projection sur le psychiatre de la culpabilité consciente et inconsciente du médecin qui ne fait pas de psychothérapie.

* Le psychiatre devrait voir ses malades dans son environnement

Cette suggestion est liée à l'image du psychiatre "évoluant dans un monde clos", "coupé de la réalité", et trop "préoccupé par l'aspect théorique de sa spécialité", "personnage distant, inaccessible". Le médecin souhaiterait que le psychiatre se déplace plus souvent, aille voir les malades chez eux, ait des entretiens avec le praticien et le malade à la fois. Cette suggestion est évoquée afin de faire prendre conscience au psychiatre de tout l'environnement social, familial, culturel, professionnel dont on lui reproche la méconnaissance.

"Le psychiatre doit envisager en face du malade le caractère sociologique, familial, professionnel de façon plus approfondie".

(Généraliste, 31-45, mi-V mi-R)

"Que le psychiatre vienne faire un petit tour chez le malade, de temps en temps. A la base on se rend bien compte ! Il pourrait en discuter avec le médecin traitant".

(Généraliste, + 60, mi-V mi-R)

"Le psychiatre devrait pouvoir être appelé en consultation par le médecin de famille soit au domicile du malade, soit même au cabinet de celui-ci, car il est beaucoup plus souvent un médecin consultant qu'un médecin traitant".

(Généraliste, 31-45, urbain)

Un autre médecin est plus exigeant :

"Obligation pour les psychiatres de se déplacer à la suite d'un appel par un confrère ou par la gendarmerie".

(Généraliste, 31-45, Rural)

"Il serait indispensable que le psychiatre ait un entretien verbal prolongé avec le médecin traitant quand il s'agit d'un médecin de famille".

(Généraliste, 46-60, urbain)

"Que Messieurs les psychiatres hospitaliers condescendent à voir les réalités dans lesquelles travaillent leurs confrères organiciens et les conditions de vie de leurs malades".

(Généraliste, moins de 30 ans, rural)

"Qu'un psychiatre puisse se déplacer dans les services de Médecine Générale, étudier en particulier les motivations des hospitalisés pour tentative de suicide que nous avons quotidiennement. La consultation en psychiatrie est habituellement refusée. L'hospitalisation en psychiatrie n'est pas toujours souhaitable".

(Généraliste, 46-60, hospitalier)

Ces nécessités telles quelles sont ressenties par le médecin peuvent être atténuées.

- d'une part la sectorisation confère au psychiatre le droit et le pouvoir d'aller dans la cité voir le malade dans son environnement,

- d'autre part, il y a ce que nous disent les malades de leur mode de vie. Il nous semble plus important de s'attacher au vécu de chacun, à la façon dont il décrit son environnement plutôt que voir cet environnement avec les yeux d'un sociologue, urbaniste, etc... Cette considé-

ration reste cependant essentielle à la précision du diagnostic et à une meilleure compréhension du malade replacé dans son monde et le support concret de son histoire. Mais à nos yeux, l'intervention dans le milieu naturel du malade doit lui ménager la possibilité de la refuser, en particulier si elle s'éloigne trop de la position de neutralité. Certains médecins verraient probablement dans cette intervention trop d'actions directives, fatalement régrédiantes.

Pour terminer les idées types entrant dans la catégorie (II) nous citerons certaines suggestions qui recueillent peu d'unités significatives.

- "le psychiatre devrait avoir plus d'autorité sur les éthyliques"
- "il faut supprimer les émissions de radio, TV, traitant de problèmes psychiatriques, car cela est néfaste pour le malade".

Et si ces émissions par leur qualité, leur honnêteté, apportaient beaucoup au public en l'aidant à se défaire de la peur du fou et du psychiatre, en leur montrant ce que peut être la relation d'un psychiatre avec ses malades (cf : émissions sur Bruno Bettelheim).

- "Que les services de psychiatrie soient plus accueillants, plus ouverts ?"
- Suggestion qui n'est pas négative mais qui a peu de rapport avec le problème de la communication.

- enfin "pas de sorties de malades le Samedi ou Dimanche" ceci pour convenance personnelle !

3 - Image du psychiatre

Il apparaît évident que l'image du psychiatre, telle qu'elle nous a été décrite par certains médecins, ne peut être qu'un obstacle à la communication dans la mesure où cet être "farfelu, énigmatique, marginal" inquiète malades et médecins.

La suggestion découle d'elle-même : ne plus offrir cette image, la "gommer".

"Une Image de marque peut être différente, le malade étant presque toujours réticent lorsque l'on veut le confier à un psychiatre. Il

faudrait que l'accès au psychiatre soit plus ouvert et que le malade aille le consulter plus facilement, ce qui est loin d'être le cas actuellement".

(O R L, 46-60, hospitalier)

Dans la mesure où le psychiatre est perçu de manière ambivalente donnant une image floue ou dominée par les clichés traditionnels, cette méconnaissance engendre un besoin de mieux le connaître, de l'aborder, d'avoir des contacts personnels avec lui.

De même si l'image dépend de l'homme qui pratique cette spécialité la suggestion sera semblable : connaître l'homme d'abord.

Une foule de réponses exprime ce désir d'avoir un contact personnel avec le psychiatre.

Qu'il se fasse connaître, qu'il se montre ! finalement c'est cette expression qui, domine cette catégorie de réponses.

"Comme toujours quand les relations sont bonnes, se connaître et si possible se bien connaître".

(O R L, 31-45, mi-V mi-R)

"Par l'intermédiaire du malade une bonne connaissance réciproque".

(Généraliste, 46-60, rural)

"Se connaître. Avoir des atomes crochus". Pouvoir se rencontrer, se téléphoner à propos d'un cas".

(Généraliste, 31-45, mi-V mi-R)

"C'est une question d'homme et non de spécialiste. Entre gens intelligents on se comprend toujours parfaitement".

(Rhumato., 31-45, urbain)

"Pour moi, il s'agit surtout d'un problème relationnel, individuel, entre les 2 médecins d'une part, entre les médecins et leurs malades d'autre part".

(Généraliste, 30 ans, rural)

"Il faudrait une complicité amicale entre le médecin et le psychiatre".

(Cardio. 31-45, mi-V mi-R)

"Une connaissance personnelle et extra-médicale du non psychiatre et du psychiatre".

(Gynéco., 31-45, urbain)

"Une meilleure connaissance de la personnalité plus humaine que médicale de chacun des deux partenaires".

(Généraliste, 31-45, mi-V mi-R)

Un correspondant va à la limite jusqu'à proposer de "débaptiser le psychiatre. Psychologue, ça fait moins peur!"

Pour que la communication soit meilleure : il faut donc connaître le psychiatre. On ne le connaît pas ou très peu et, quand on le connaît, c'est par les clichés traditionnels. Pour le connaître il faut avoir un contact personnel avec lui de manière à le percevoir dans sa totalité corporelle et psychologique. Ce contact peut avoir lieu par le biais des rapports confraternels, mais le mieux serait encore une connaissance extra professionnelle de la "personnalité plus humaine que médicale".

Ces suggestions rejoignent l'opinion "qu'il n'y a pas un psychiatre, mais des psychiatres".

Ce besoin de connaître est-il identiquement ressenti pour la relation avec d'autres spécialistes ? On peut envoyer un malade chez un cardiologue en imaginant ce que fera le cardiologue, ce qu'il dira au malade, ce que le malade dira au spécialiste. Il n'en est pas de même pour le psychiatre. On ne sait pas trop ce qui se dit au cours des entretiens, la lettre que l'on reçoit est "succincte" ou "incompréhensible", le traitement est souvent "trop lourd". Il ne résoud pas le problème en une consultation, et il revoit le malade. Pourtant ce dernier "n'en est pas plus avancé".

Alors il est indispensable de connaître ce psychiatre :

- comment est-il ?
- que pense-t-il ?

- quelles idées a-t-il sur la maladie mentale ?
- quels sont ses objectifs et ses moyens thérapeutiques ?

Au total un besoin de réassurance, quant au désir de savoir si le spécialiste psychiatre est comme lui. Si pour certains le fait qu'il existe des psychiatres et non une image univoque du psychiatre est un obstacle, pour d'autres au contraire, l'existence de plusieurs tendances est plutôt bénéfique.

"Sur place la communication avec nos confrères psychiatres n'est pas mauvaise : nos différents confrères ayant des tendances thérapeutiques d'orientations variées, nous avons la possibilité d'adresser nos patients suivant l'orientation souhaitable, ce qui facilite la coordination généraliste-spécialiste".

(Généraliste, 31-45, urbain)

4 - La formation du généraliste

Beaucoup s'accordent pour déplorer leur ignorance en matière de psychiatrie que celle-ci ne leur ait pas été enseignée ou qu'ils n'en aient pas perçu l'importance dans leur futur exercice. Un médecin va jusqu'à dire que "ce n'est qu'après 20 ans d'exercice que j'ai fait la différence entre névrose et psychose". Laissons cet exemple dans le domaine de l'extrême et voyons ce qui est suggéré le plus souvent pour remédier à ce manque de formation. Ce manque se fait ressentir quotidiennement du fait du nombre de malades présentant des problèmes psychologiques ou psychiatriques. Pour les générations futures, il faut faire une place plus grande à l'enseignement de la psychologie et de la psychiatrie dans les facultés afin que le "médecin soit plus psychiatre. Ce désir est en partie réalisé actuellement sur un plan théorique tout au moins. Mais pour les médecins exerçant depuis plusieurs années que proposer ?

"Prévoir des rencontres généralistes-psychiatres sur la relation médecin-malade, sur la sectorisation en matière d'hygiène mentale avec la collaboration des généralistes, sur la formation continue en psychiatrie praticienne (généraliste)".

(Généraliste, 31-45, rural)

"Le mieux serait la réunion commune, mais le temps manque à tout le monde. Le drame du monde moderne à mon humble avis, c'est,

présentement le conflit entre cette surabondance d'informations et l'impossibilité de les recevoir".

(Généraliste, 46-60, mi-V mi-R)

"Il faudrait faire 2 ou 3 réunions par an par petits groupes et que le médecin généraliste passe un certificat de psychiatrie".

(Généraliste, 46-60, urbain)

"Organiser des colloques entre généralistes et psychiatres".

(Généraliste, 31-45, urbain)

"Colloques multiples sous toutes formes possibles (EPU, rencontre du psychiatre avec des groupes de médecins par quartiers ou par établissements). Les prétextes seraient multiples : approche des nouvelles techniques ou des nouveaux médicaments, que penser la psychanalyse, de la sophrologie..."

(Généraliste, 46-60, hospitalier)

"Le colloque avec table ronde me paraît un excellent moyen d'échanges à condition de bannir tout langage hermétique et de traiter de sujets pratiques. Enfin, des articles de fond concernant de grands problèmes psychosomatiques, traités sous forme didactique pourraient faire le point, à paraître sur les publications médicales, universitaires par exemple".

(Pneumo., 46-60, urbain)

"Bon exemple de relation : groupe Rogers où je vais parfois".

(Généraliste, 31-45, urbain)

"Tables rondes entre psychiatres et généralistes par quartiers urbains".

(Généraliste, 46-60 ans, urbain)

"Plus grande intervention des psychiatres dans l'EPU".

(Généraliste, 31-45 ans, rural)

"Création de groupe type Balint".

(Généraliste, 31-45 ans, rural)

Au total, pour répondre au besoin de formation du généraliste il faut organiser des rencontres :

- types colloques,
- types groupes Balint
- types EPU

au cours desquelles le psychiatre exposerait des problèmes concrets auxquels est confronté le généraliste.

Parallèlement des publications sous forme didactique de sujets généraux entrant dans le champ d'exercice du généraliste. Mais dans tous les cas, il faut conserver un langage simple. Au maximum, que le "généraliste passe un certificat de psychiatrie".

5 - La collaboration avec le généraliste

Trois aspects sont exprimés :

- que le psychiatre ne "vole pas les malades du généraliste"
(nous n'y reviendrons pas)
- que le psychiatre utilise l'apport du généraliste quant à sa longue connaissance du malade, de la famille, de l'environnement
- collaboration étroite en créant des équipes où généralistes et psychiatres soient intégrés et puissent dialoguer à propos de leurs malades.

Pour le premier aspect, nous citerons la suggestion d'un médecin :

"Apprendre aux jeunes psychiatres le code de déontologie".

"Peut-être que le psychiatre devrait parfois tenir davantage compte de l'avis du médecin de famille"

(Généraliste, 46-60, rural)

"Que le psychiatre prenne conscience que le généraliste existe et qu'il demeure longtemps indispensable pour l'exercice d'une médecine de qualité".

(Généraliste, 31-45, mi-V mi-R)

"On devrait davantage tenir compte de l'environnement du malade afin de savoir si le malade peut y récupérer et pour cela l'opinion du médecin traitant connaissant le milieu et ses problèmes devrait être demandée et considérée".

(Généraliste, 31-45, rural)

"Prise en charge collective du malade, est-ce possible ?"

(Généraliste, 31-45, urbain)

"Une collaboration plus étroite du soma et du psychique".

(Généraliste, 31-45, urbain)

"Celle d'une bonne collaboration pour une continuité des soins et une prévention entre le généraliste et le psychiatre. Cela suppose une ouverture du psychiatre vers le généraliste en admettant que le généraliste, qui vit avec son malade, peut apporter un matériel d'observation important et une continuité des soins".

(Généraliste, 32-45, rural)

"Médecine de groupe permettant un travail collectif : abandon de la coupure Médecin psychiatre. Notion de psychiatrie préventive".

(Allergo., 31-45, hospitalier)

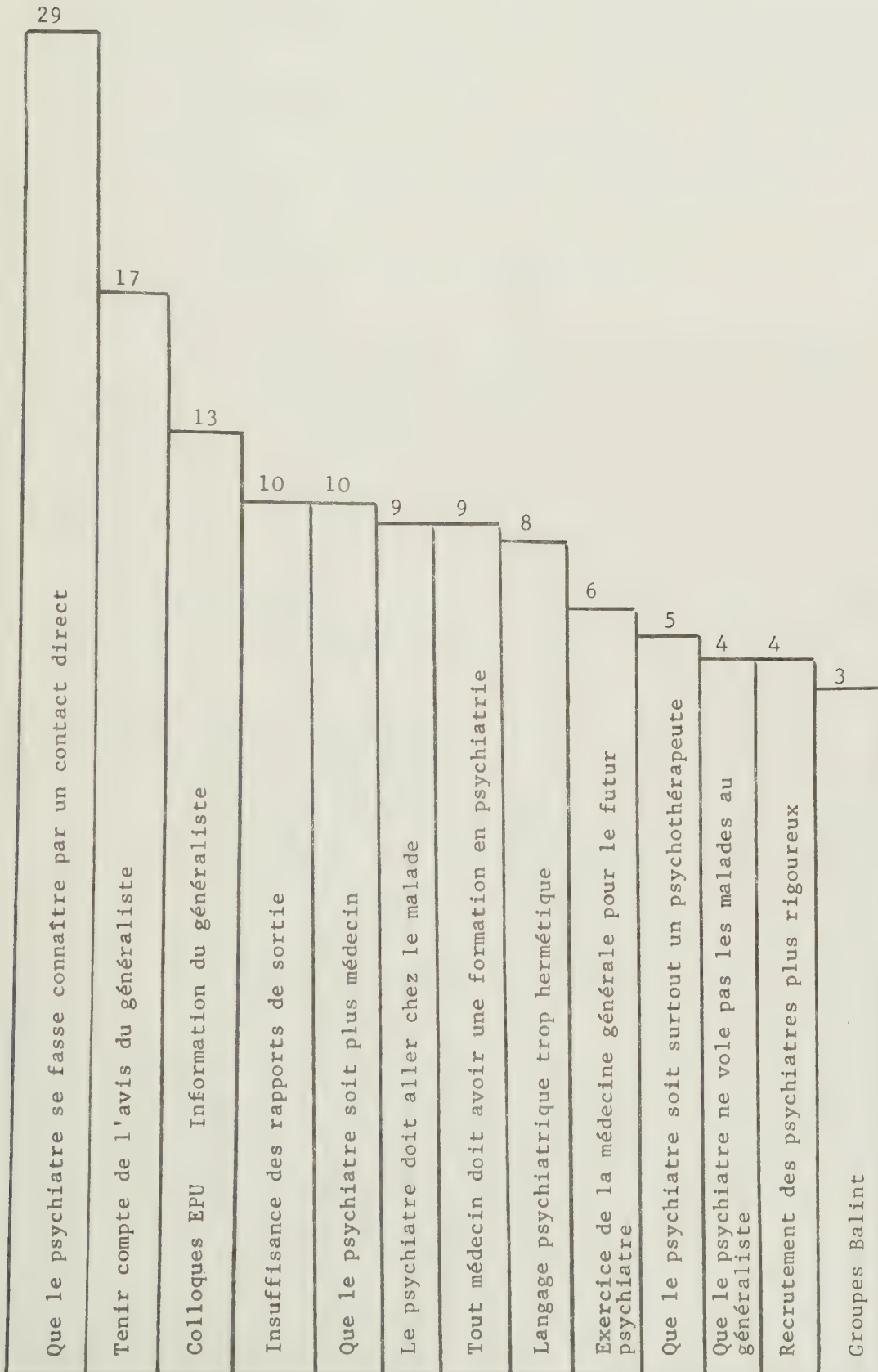
"Création d'équipes plus interpénétrées mixtes : Psychiatriser (psychothérapeutiser) le médecin, médicaliser (somaticien) le psychiatre".

(Généraliste, 31-45, hospitalier)

"Présence au cours du traitement en clinique psychiatrique du médecin est nécessaire. Intégration du médecin dans l'équipe psychiatrique".

(Généraliste, 30 ans, urbain)

Représentation schématique de l'ensemble des suggestions émises classées par idée type et par ordre d'importance.



COMMENTAIRES :

Sur l'ensemble des suggestions émises pour le bon établissement de la communication médecin-psychiatre :

- la première par le nombre de médecins qui l'ont exprimée est que le psychiatre se fasse connaître par une relation directe avec ses confrères.
- la deuxième pose le problème de la place et de l'apport du généraliste dans cette communication.
- viennent ensuite presque à égalité :
 - * le problème du rapport de sortie : moyen de communication
 - * la formation du généraliste et du psychiatre
 - * le psychiatre devrait se déplacer : aller voir les malades à domicile
 - * exigence d'une formation en psychiatrie du futur médecin
 - * problème du langage psychiatrique jugé trop hermétique.

Pour conclure, et avant de passer à une analyse quantitative des résultats, nous reproduisons deux citations :

Un généraliste 31-45 ans, urbain, écrit :

"Dans mon cas particulier, comme pour les autres spécialistes consultés, il s'agit d'amis avec lesquels la communication est préexistante. Dans des cas différents un coup de téléphone donné au médecin traitant par le psychiatre, dès la fin de la consultation, établirait une bonne communication. Mais celle-ci est-elle vraiment souhaitée par le psychiatre ? (Est-elle souhaitable ?)"

Un généraliste 46-60 ans, urbain, écrit :

"Cette communication est excellente dans l'état actuel de la médecine, les psychiatres ont à ma connaissance su conserver le contact humain aussi bien avec les malades qu'avec les praticiens de médecine générale".

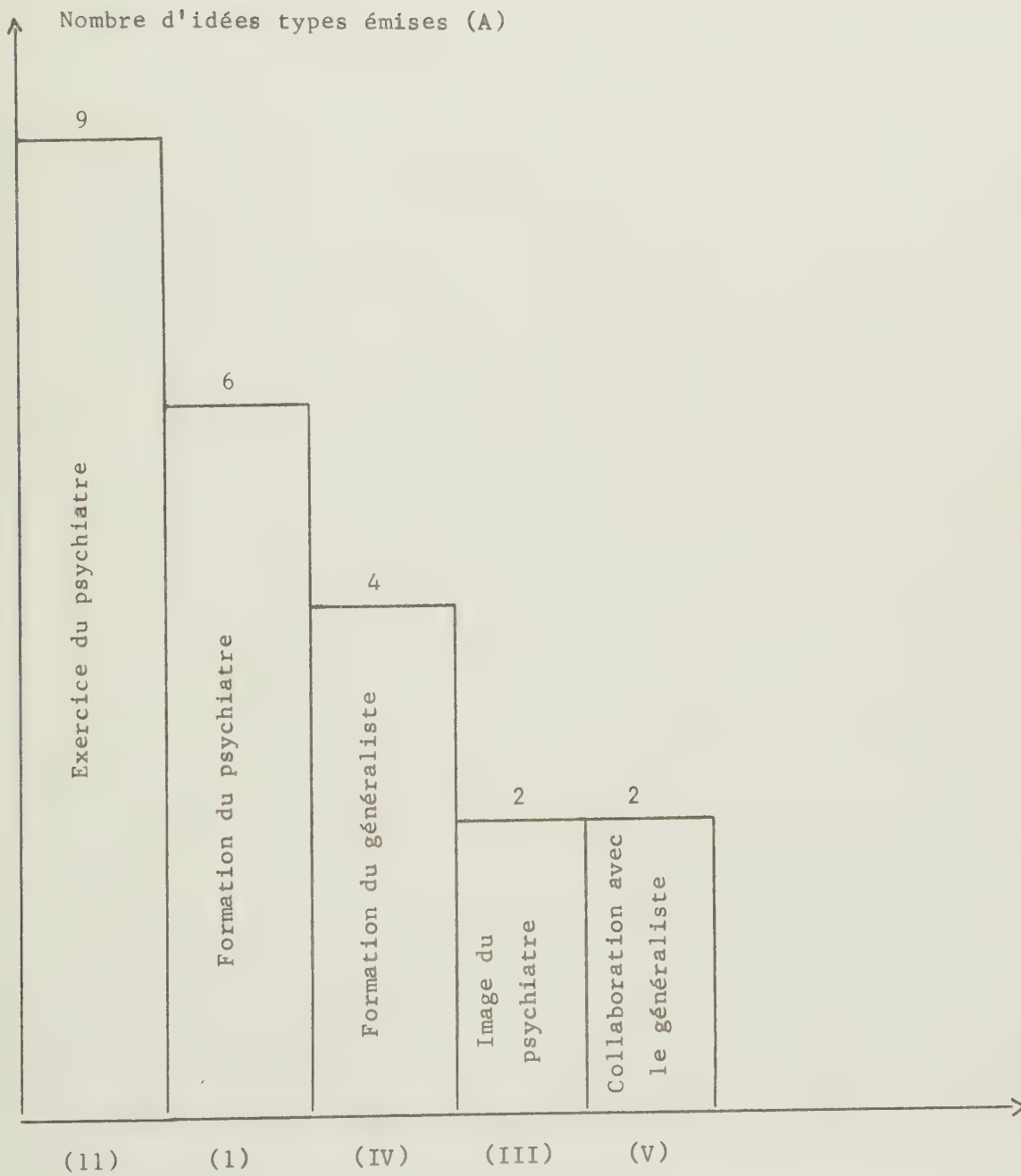
b) Analyse quantitative des catégories :

Comme pour les 2 questions ouvertes précédentes, nous avons calculé pour chacune des catégories :

- A - le nombre d'idées types exprimées dans les réponses.
- B - le nombre d'unités significatives, c'est-à-dire le nombre de phrases prononcées dans chaque catégorie, sans éliminer comme précédemment les répétitions d'idées d'une personne à l'autre.
- C - le nombre moyen d'unités significatives prononcées par chaque répondeur en divisant dans chaque catégorie le nombre d'unités significatives (B) par le nombre total de médecins ayant émis une suggestion (99).

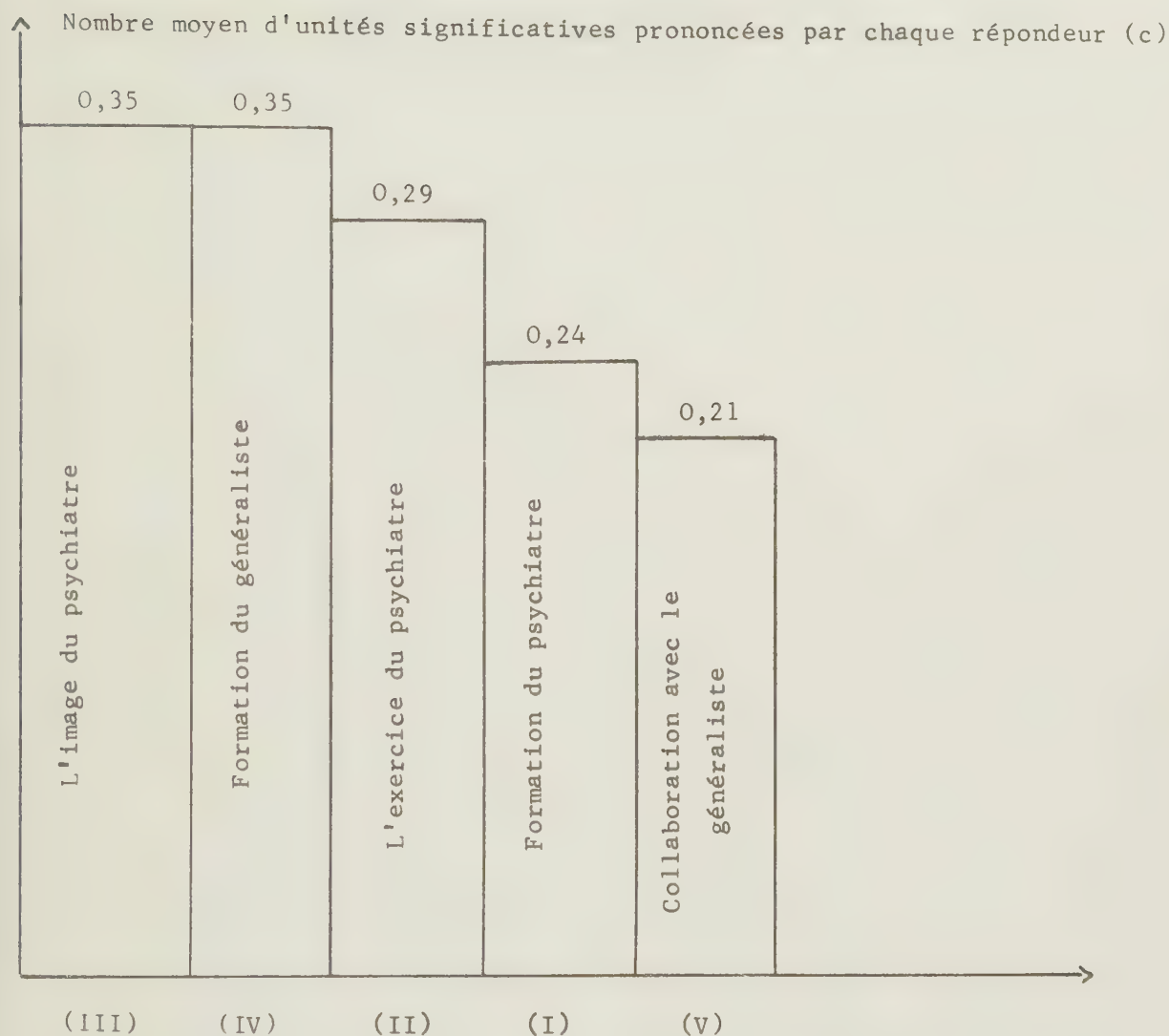
CATEGORIES	A	B	C
(I) La formation du psychiatre	6	24	0,24
(II) L'exercice du psychiatre	9	29	0,29
(III) L'image du psychiatre	2	35	0,35
(IV) La formation du généraliste	4	35	0,35
(V) La collaboration avec le généraliste	2	21	0,21

TABEAU n° I : Visualisation des catégories par ordre d'importance du
nombre d'idées types émises (A)



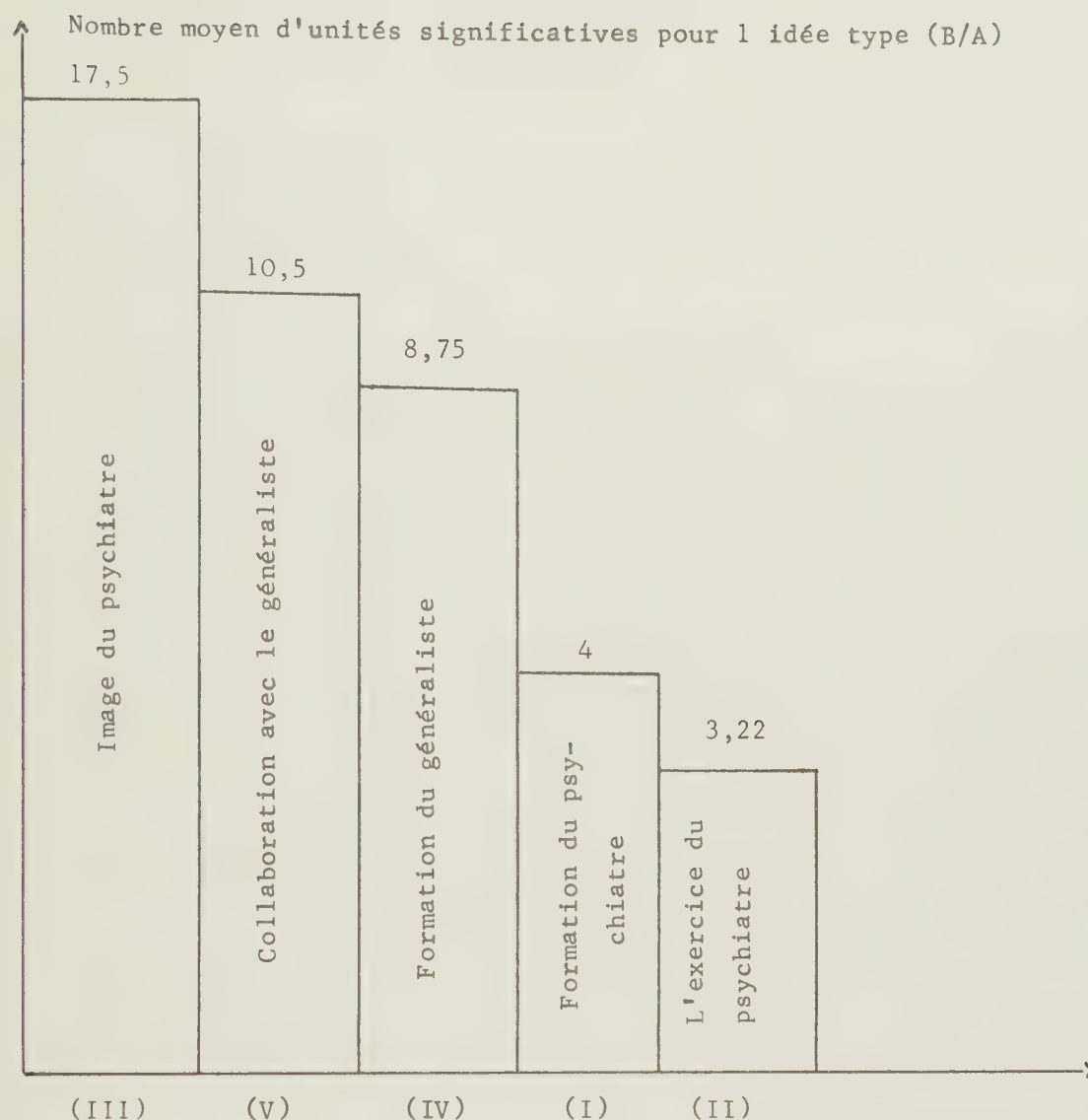
Sur l'exercice du psychiatre, 9 idées types ont été exprimées sur 23 au total.

TABEAU n° II : Visualisation de l'importance des catégories par rapport au nombre moyen d'unités significatives prononcées par chaque répondeur.



Il ressort des tableaux n° I et II que la catégorie ayant suscité le plus de réflexions est l'exercice du psychiatre, vient ensuite les modalités de la formation du généraliste. On sent une forte demande. Quant à la collaboration médecin-psychiatre, elle a suscité le moins de réflexions, de même que l'image du psychiatre. Les médecins ne parviennent que peu à imaginer quelle image pourrait donner le psychiatre pour que la communication soit meilleure.

TABLEAU n° III : Schématisation de l'unanimité (rapport B/A)



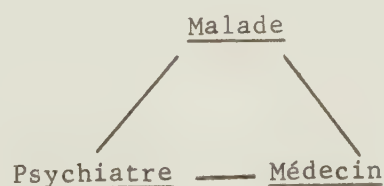
L'unanimité des médecins se fait autour de l'image du psychiatre : qu'il se fasse connaître par un contact direct, plus étroit. C'est autour de cette catégorie que les répondants ont exprimé la même suggestion. Peu de dispersion est à noter dans cette exigence alors que la dispersion des opinions est élevée dans les catégories formation et exercice du psychiatre.

CHAPITRE V : INTERPRETATION PSYCHODYNAMIQUE ET APPROCHE

PHENOMENOLOGIE DU CONTENU DES REPONSES

Après avoir exposé dans le chapitre précédent l'approche psychosociologique des réponses, nous pouvons tenter un essai d'interprétation psychodynamique.

Cette double approche nous a paru nécessaire du fait du caractère hautement individuel et inter-relationnel des réponses. Chaque médecin exprimant la façon dont il vit la relation avec le psychiatre. La quantification des contenus, nous l'avons vu est malaisée du fait du caractère ouvert des questions. Par contre, ce type de question se rapproche du test projectif en face duquel le médecin projette ses mécanismes de défenses contre l'angoisse née du conflit mettant en scène le malade, le psychiatre et le médecin. Ce conflit est indiscutablement manifeste. Il est important de savoir si son aspect manifeste correspond à ses fondements cachés et inconscients. La découverte de sa signification conditionne en partie la valeur du "remède" à prescrire pour atténuer ce conflit. Le bien être du malade peut en dépendre. On peut schématiser la relation médecins psychiatres comme une relation triangulaire dont un sommet est représenté par le psychiatre, l'autre par le médecin et le dernier par le malade.



Dans le conflit, le malade est souvent oublié. Il est pourtant "objet" commun au médecin et au psychiatre. En cela il est objet de désirs inconscients et d'agressivité latente plus ou moins cachés

derrière des conduites de protection paternaliste, de captivité, de domination. Le médecin n'attend-il pas de son patient l'amour sans restriction, la fidélité, la soumission ? Peut-on nier que le patient lui permette de vivre, de s'enrichir, d'avoir des gratifications affectives ? Le patient peut-il douter de son savoir, de sa puissance, de son immortalité ? Toutes ces interrogations situent le problème relationnel entre psychiatre et médecin et les aspects transférentiels et contre transférentiels qu'il recouvre.

Si le médecin était prêt à supporter toutes les frustrations conscientes et inconscientes résultant de l'intervention du psychiatre, il vivrait autrement la relation avec le psychiatre. L'intervention du psychiatre lui fait revivre ses propres conflits inconscients et conscients à l'égard du malade. Il semble que ces conflits soient difficiles à surmonter sans malaise si le médecin n'a pas à l'égard du psychiatre des sentiments suffisamment positifs. Il souhaite donc le connaître sur un plan réel mais surtout empathique afin de vérifier si les bénéfices conscients et inconscients qu'il va retirer de sa relation avec le psychiatre compensent les frustrations consécutives à la prise en charge du malade par le psychiatre. Le médecin doit donc estimer, respecter et aimer "son" psychiatre. Cela renvoie donc le médecin à son propre dépassement de l'acceptation de l'autorité paternelle et de la rivalité oedipienne.

En voulant connaître le psychiatre, le médecin ne cherche-t-il pas à vivre le report des conflits précédemment décrits à travers une relation rassurante, gratifiante et fortement idéalisée. Le psychiatre n'est donc accepté que s'il est aimé et idéalisé comme médecin mais aussi comme père. Encore faut-il que le psychiatre ait lui-même surmonté ses angoisses à l'égard de l'autorité paternelle et du complexe de castration.

Peut-être le médecin surmonterait-il mieux ce conflit s'il pouvait sentir et expérimenter la résolution de ce conflit chez le psychiatre et l'acceptation par celui-ci de partager l'amour du patient ?

En réalité, le conflit se rapporte également à des facteurs autres que ceux se reliant à la problématique oedipienne. Il met en jeu en effet :

- les fantasmes de toute puissance narcissique,
- les fantasmes de maîtrise et d'interdit de la rébellion et l'angoisse de ne plus être aimé.

Envisageons comment ces interrogations et ces hypothèses psycho-dynamiques s'articulent-elles avec les réponses des médecins sur un plan plus réel, concret et accessible.

- A - Dans l'immense majorité des cas, la première impression donnée par les réponses est dominée par l'ambivalence : le psychiatre ou plutôt le psychiste est à la fois un bon et un mauvais objet.

A partir de ce premier fait, les réponses ont un aspect flou, ambigu, voir contradictoire. L'affect général qui sous-tend la relation somaticien-psychiste est l'agressivité, le plus souvent manifeste. En effet, il semble que, en dehors des psychotiques pour lesquels le somaticien surmonte son impuissance ou l'échec de sa toute puissance, les cas confiés au psychiatre sont des malades névrosés ou ce qu'il est communément appelé grâce aux phénomènes mythiques et illusionnels le malade psychosomatique. Or le médecin ne confie au psychiatre ce type de malade que lorsqu'il ressent préventivement ou ponctuellement, mais toujours implicitement, un sentiment d'échec de son savoir biologique.

Dans ces cas-là, les désirs cachés du médecin sont représentés par l'espoir que le psychiatre décodera le sens caché des symptômes somatiques ou mentaux, les rendra explicites et les transmettra au médecin qui, ainsi, pourra les traiter et récupérer sa toute puissance à l'égard du malade, et par conséquent la soumission et l'amour de celui-ci. Ce type très fréquent de réponses situe le niveau de la relation médecin-psychiatre au plan narcissique de la complémentarité.

On peut la formaliser ainsi (discours signifiant du médecin)

"Je vais vous confier à un psychiatre, technicien de la psychologie..... vous verrez, il vous comprendra et donnera un bon traitement.... après ça ira mieux et nous reprendrons nos relations".

Ainsi l'entretien psychologique a pour but essentiel dans les fantasmes du médecin, de transmuter la puissance du psychiatre sur celle du médecin, menacée, et permettre à celui-ci de donner au malade une bonne nourriture (remède) et des conseils judicieux qu'il devra appliquer.

Illustrons ces interprétations par quelques réponses qui traduisent bien ce sens caché :

"On aimerait savoir ce qui se dit...."

"Le traitement n'est pas communiqué"

"On préfèrerait un coup de fil, qu'une lettre insuffisante"

"Le plus souvent le psychiatre néglige de prendre l'avis du médecin de famille et ne sait pas faire découvrir au malade l'importance du rôle qu'à son médecin à jouer dans sa guérison".

Ainsi le médecin préfèrerait entendre et savoir la recette psychologique, qu'assister à l'entretien.

Il semble donc que la rivalité se situe davantage à un niveau de toute puissance, sans nier la crainte de perdre la confiance et l'amour du patient.

Il ne peut cesser d'être le père tout puissant, immortel, et être confronté à l'angoisse d'être mortel, castré et impuissant. C'est la contre attitude oedipienne qui est ravivée vis-à-vis du malade, et le conflit oedipien vis-à-vis du psychiatre.

La conséquence de ce type de relations se situe à plusieurs niveaux :

- Le maintien du clivage et du dualisme corps-esprit. Le malade cesse d'avoir un corps biologique pour devenir un Moi spirituel, lieu de puissance des grandes fonctions psychologiques. Cela peut conduire à une situation plus dramatique si le médecin rejette définitivement le malade (sujet de transfert à l'égard de son psychiatre) et refuse la cothérapie sur le plan somatique mais aussi chimiatrique. Il n'est pas rare (et même fréquent) qu'un névrosé traité depuis des années par son médecin par des tranquillisants, mais jamais "écouté" au sens psychodynamique et empathique par lui, refuse de revoir son

médecin ou demande au psychiatre de ne point faire part au médecin de ses premiers entretiens avec lui.

- Un essai de cothérapie s'amorce chez les médecins qui formulent des réponses laissant penser qu'ils intègrent le corps biologique mortel et l'esprit immortel en un seul et même individu : le malade. Ce type de réponse, proche de l'idéal dans la perspective d'une approche, globale du malade, est assez rare. Dans ces cas, les relations sont celles de médecins (souvent parmi les plus âgés) qui peuvent assumer l'angoisse de mortalité biologique, de mise en échec de leur toute puissance.

A notre avis, ceux-là usent trop souvent du "fantasme psychosomatique" comme pour réunir deux fonctions de l'être humain compensatoires, l'une par rapport à l'autre : le corps mortel et l'esprit immortel. Ces médecins méconnaissent finalement trop le malade qui est le support même de cette rationalisation pseudo-fantasmatique à caractère défensif.

Cependant, ces médecins ont l'avantage sur les autres d'introduire cette "illusion" psychosomatique et acceptent la cothérapie avec le psychiatre, pas trop chargée d'agressivité.

- B - Certaines réponses ont la valeur d'un test projectif des problèmes intrapsychiques propres au médecin.

Exemple : "Le psychiatre n'écoute pas assez le malade"

"Trop de chimiothérapie..."

On retrouve là le problème de tout médecin ou chirurgien qui ne voit dans la demande du patient qu'un appel au Savoir, à la technique.

Certains médecins savent cependant qu'il est important d'être attentif au fait que la "façon de donner" est aussi importante que le Savoir donné. Mais le patient n'est-il pas aussi fautif dans la façon de demander et surtout de recevoir.

Certains médecins négligent l'aspect relationnel et psychologique de la façon de "donner" et ne croient qu'en leur Savoir, d'autres sentent que le Don de leur Savoir est inadéquat s'ils négligent l'aspect psycho-relationnel.

Mais le médecin qui dispose plus d'un sens psychologique, réaliste, rationnel, que de connaissances et sensibilisations expérimentées à la dynamique relationnelle, est-il apte à assumer les facteurs psychologiques qui doivent imprégner tout examen médical ?

Actuellement la réponse est non.

Ces types de réponses ont une valeur positive. On peut en effet, se demander si tous les psychiatres sont prêts à assumer une écoute qui se veut psychothérapique dès le premier entretien ? Trop souvent attentif à sauvegarder son narcissisme, sa réputation, il va entraîner certains patients dans la voie facile, immédiatement rassurante des chimiothérapies tranquillisantes qui font disparaître toute possibilité à court et long terme d'entreprendre une psychothérapie curative. Vu sous cet angle, certains médecins n'ont pas tort. Tout au plus peut-on souhaiter qu'ils se pénètrent et appliquent ces principes relationnels et psychodynamiques.

- C - Certaines réponses appellent une critique plus amère. Certains médecins s'allouent le pouvoir de penser que tel petit névrosé ne mérite même pas l'attention du psychiatre. De tels malades sont qualifiés de "la bricolle de tous les jours".

Ce type de réponses, et d'autres qui cachent à peine plus le mépris, le jugement de valeur négatif à l'égard des patients embêtants, "plaintifs" de tous temps vient signer le mode relationnel sadomasochiste dans lequel le médecin tout puissant a enfermé définitivement certains de ses patients. Ces malades n'ont ni le droit de se plaindre, pas plus qu'ils n'ont le droit de voir un psychiatre sans l'accord de leur médecin.

Ce type de malade est souvent définitivement enserré dans le filet chimiothérapique des tranquillisants, souvent mal choisis de surcroît, sans jamais avoir été vraiment écoutés et surtout compris.

On rencontre non rarement ces patients en milieu hospitalier (médical ou chirurgical) occasion extraordinaire pour eux d'exprimer leurs angoisses, leurs désirs insatisfaits et leur agressivité refoulée ou dé-différenciée en symptômes somatiques.

- D - Certains médecins sont satisfaits de la possibilité qu'à le psychiatre, grâce aux privilèges qu'il accorde à l'écoute, de déchiffrer le signifiant derrière le signifié :

On peut penser que ces médecins sont prédéterminés à avoir une attitude comparable. Mais ils reprochent au psychiatre de méconnaître l'environnement réel et l'influence de celui-ci sur la pathologie.

Cette critique ne masque-t-elle pas le fait que ces médecins là accordent plus d'importance aux facteurs de réalité accessibles au Savoir immédiat, logique et rationnel, plutôt qu'aux facteurs profonds et cachés qui nécessitent, pour être extériorisés, une écoute particulière et des possibilités d'analyse dynamique du discours du patient, notamment celui traduisant les aspects relationnels soignant-soigné.

- E - De nombreux médecins sont satisfaits du psychiatre pour ses soins aux différentes formes de psychoses. Le psychiatre déplore là son Savoir biologique plutôt que son aptitude à la relation psychothérapique.

Cette "satisfaction" correspond à une réalité. Ne cache-t-elle pas deux types de faits ?

1) Le médecin ne souhaite guère garder le privilège de sa possessivité naturelle pour ces cas-là. Certains sont de vrais fous, parfois dangereux pour autrui, inaccessibles en tout cas à un mode d'approche réaliste et logique.

2) Le médecin n'aime pas leur contact, il évite de les approcher car ils mettent en échec total son savoir, l'obligent à les dénier ou à les scotomiser, car ces malades ébranlent là toute puissance de l'Esprit sain et immortel. Ils ravivent peut être

leur propre angoisse de la folie et peur de leur immortalité :

3) De nombreux médecins souhaitent à propos de ces malades des hospitalisations plus longues, des traitements bien "codifiés" (mais pas trop compliqués à surveiller) et commentés. Si certains sont tentés d'exclure sur un plan sociofamilial ces malades, d'autres heureusement souhaitent un minimum chimiothérapique permettant une dynamisation de la relation.

- F - Laissons de côté les attitudes antipsychiatriques de principe. Elles visent le modèle social de l'organisation de la médecine dans ses aspects institutionnels, privés, publics, sociopolitiques. Elles représentent à nos yeux des attitudes projectives de ces médecins, impliquant les autres devant le malheur de l'être humain. Nous préférerions une attitude anxieuse du médecin, s'impliquant, voire s'inculpant pour une meilleure approche du patient non seulement sur un plan psychologique et psychodynamique, mais beaucoup plus sur un plan humanitaire.

- G - Les réponses évasives, réduites ou bien traduisant une insatisfaction silencieuse ("satisfait-tout va bien- humaniste - bon penseur") ne peuvent que nous laisser perplexes.

Elles laissent percer l'indifférence au psychiatre et au malade mental. Il faut se demander si ce groupe de médecins a une vision saine des choses, à savoir attentif aux problèmes psychologiques du malade et agissant en collaboration étroite avec le psychiatre, ou bien fonctionnant, lui aussi, comme bien d'autres, à savoir en clivant le malade en corps mortel, sauvé par le Savoir médical et esprit dont la sauvegarde est partagée ou plutôt confiée au psychiatre qui est un "spécialiste comme les autres".

Vouloir découvrir le sens caché de ces réponses ou de ces silences pourrait nous entraîner dans une approche hasardeuse et peu pragmatique de la relation médecin-malade et médecin-psychiatre.

On peut formuler cependant l'hypothèse suivante :

Si le psychiatre est un "spécialiste comme les autres", on peut se féliciter (pour le patient) d'une telle perspective, car elle permet d'espérer de ces médecins une vision globale du malade car le biologique et la psyché sont indissociables non seulement dans leur support biomoléculaire, mais surtout dans leur modalité d'expression tantôt somatique, tantôt psychologique ou plus souvent psychosomatique au sens de la réalité même du malade.

Si par contre cette formulation soustend le concept du psychiatre détenteur du Savoir mental et psychologique, nous retrouvons là le mode d'approche clivé du malade si négatif.

CHAPITRE VI : LA COMMUNICATION ENTRE MEDECIN PSYCHIATRE

ET NON PSYCHIATRE - ABORD THEORIQUE

I - La communication entre médecin psychiatre et non psychiatre dépend fondamentalement de la relation médecin malade. Celle-ci traduit en effet la manière d'être du médecin devant la maladie et devant le malade, manière d'être qui est sous tendue par toute la personnalité du médecin. De cette relation découlent finalement la demande du médecin c'est-à-dire son désir de communication, le support éventuel et les buts de cette communication avec le psychiatre.

Nous allons envisager la relation médecin malade suivant que le médecin est spécialiste, généraliste, ou psychiatre.

a) Le Spécialiste

Du fait de l'évolution scientifique de la médecine la technicité a acquis la place prédominante dans la manière d'envisager la maladie. La majorité des problèmes somatiques se posant à l'heure actuelle peuvent être traduits en termes techniques donnant naissance à des réponses techniques.

Dans ces conditions il est difficile de ne pas isoler le problème somatique qui est posé en le considérant comme indépendant du porteur de ce problème : le malade. On peut dire que le malade et sa maladie sont alors deux entités totalement indépendantes. Ainsi en témoignent la multiplication des spécialités chacune ayant un objet bien délimité pour lequel elle s'attachera à fournir le maximum de réponses techniques. Et chaque spécialiste emprunte à l'objet son nom pour se définir. Ainsi, Cardiologue = médecin dont l'objet d'étude est le coeur malade.

Si l'on veut établir une comparaison entre ce type de rôle médical et d'autres rôles professionnels on peut prendre l'exemple d'un sujet dont la montre est dérégulée. La montre est un objet qui lui appartient mais qui est distinct de lui, il va donc l'apporter chez un

horloger lequel va se pencher sur le problème du dérèglement mécanique de la montre mais laisser de côté le problème du porteur de la montre. On peut qualifier ce genre d'intervention professionnelle de prestation de service.

Ainsi le sujet qui présente des douleurs cardiaques ira présenter au cardiologue le problème de ses douleurs cardiaques et le spécialiste va formuler le problème en termes techniques lesquels appelleront une solution technique.

L'objet ainsi isolé (le coeur) sera soumis à des investigations techniques, E.C.G. entre autres lequel pourra même être interprété en l'absence du sujet (comme d'ailleurs un grand nombre d'investigations : radios, analyses biologiques).

Les conclusions du spécialiste seront traduites en termes techniques de diagnostic, de pronostic, de conduite à tenir c'est-à-dire de traitement. Ces conclusions seront formulées en ces termes au sujet : j'ai étudié votre appareil cardiaque, à l'issue des examens pratiqués, je peux vous dire que la nature du trouble est....., par conséquent il faut pour remédier à ce dysfonctionnement que vous preniez tel traitement et votre appareil cardiaque à un pourcentage de chances x de retrouver son mode de fonctionnement normal. Ainsi sujet et spécialiste sont d'accord pour envisager le problème sous cette forme et le sujet attend avant tout du spécialiste qu'il possède la meilleure compétence dans la connaissance de cet objet qui est le coeur dans l'exemple choisi.

Le sujet se sera prêté aux investigations (examen clinique et complémentaire) volontairement et le spécialiste se sera penché uniquement sur l'objet que lui a apporté le sujet.

On peut schématiser ce type de relations de la manière suivante :

O = Objet

M = Malade

S = Spécialiste



relation type (A) =
Clivée

La relation est donc de type clivé avec interposition entre le malade et le spécialiste d'un objet. Dans ce type de relation, l'objet est bien délimité par sa fonction, son anatomie, sa pathologie et son procédé d'investigation. C'est-à-dire qu'il a un support matériel techniquement identifiable.

b) Le Généraliste :

Le médecin généraliste peut-être considéré comme un "pan spécialiste" c'est-à-dire comme un médecin capable d'envisager les problèmes posés par chaque appareil. Bien sûr il perd en technicité ce qu'il gagne en étendue mais son mode de relation peut se schématiser sous la même forme que précédemment. (Type A)



Il y a donc interposition d'un objet comme pour le spécialiste et la relation est de type clivé.

Mais une relation de type différent peut s'ébaucher entre généraliste et malade.

Le généraliste connaît le malade depuis longtemps, il a pu pénétrer au sein de sa famille, le malade a pu au cours des diverses consultations lui demander des conseils s'écartant des motifs traditionnels d'une consultation. C'est une connaissance "extraprofessionnelle" qui sera finalement à l'origine de ce type de relation. Le malade aura eu recours à son médecin non plus en tant que porteur d'un "objet malade" mais en tant qu'individualité. Et le médecin aura dépassé son rôle professionnel (prestation de service) pour agir non plus sur l'objet mais sur le malade lui-même. On aboutit à un type de relation sans objet interposé, nous qualifierons cette relation de duelle.



Type (B) : relation duelle

c) Le Psychiatre

De plus en plus le psychiatre à tendance à agir non seulement au niveau d'un objet (la maladie) mais au niveau de la personnalité même du malade. Ainsi en témoignent les psychothérapies qu'ont pour but de modifier le malade dans sa personnalité.

En effet, il serait difficile d'individualiser au sein du malade mental l'objet que celui-ci apporterait pour l'appréhender. Le névrosé par exemple n'est pas porteur d'un "objet névrose" qui peut être séparé du malade névrosé. On sait que la névrose résulte d'une altération dans la structuration de la personnalité et la thérapeutique qui en découle ne peut être qu'une action directe sur la personnalité du névrosé. Si l'on se réfère à des modèles d'activité professionnelle on ne se trouve plus dans le domaine des prestations de service mais on se rapproche des activités sociales à type d'éducation, de formation. Dès lors on s'éloigne du type de relation (A) pour entrer dans le type (B) de relation duelle sous objet interposé.

Actuellement la relation psychiatre malade est du type (B) prédominant c'est-à-dire dépourvue du processus de clivage.

Malade et maladie sont indissociables et le psychiatre agit sur le malade en tant que personnalité indissociable, non clivable. Ce type de relation dépasse la seule technicité car le psychiatre agira sur la personnalité du malade non seulement à l'aide de son savoir, mais aussi de part sa personne même, ses qualités humaines, sa propension à l'empathie. Une des conséquences pratiques de ce mode de relation est que l'activité du psychiatre ne peut se concevoir qu'en présence du malade. Nous avons vu dans la relation clivée que l'objet pouvait être étudié, examiné en dehors de la présence de son porteur (examens de laboratoire, radios qui peuvent être analysés en dehors de la présence du malade).

Ainsi que l'écrit TATOSSIAN, il faut émettre des réserves quant à l'universalité de ce type de relation duelle chez le psychiatre. Le psychotique ou l'enfant sont apportés l'un par la société l'autre par la famille. Dans ces cas on peut considérer que le malade est alors l'objet vis-à-vis duquel le psychiatre agira pour répondre à la demande du porteur : société ou famille. L'évidence est encore plus nette lorsque le malade, l'aliéné, le fou dangereux qui ne demandent rien, sont confiés au psychiatre contre leur gré le plus souvent. Ils peuvent dans ces cas acquérir

les caractéristiques d'un "objet".

Donc on peut considérer la relation de type (A) comme étant elle aussi caractéristique du psychiatre mais à un degré moindre que la relation de type (B) qui reste prédominante.

Mais ici on se heurte à un problème de délimitation de l'objet. Autant il était facile d'individualiser l'objet lorsqu'il s'agissait d'un appareil pourvu de toutes les caractéristiques anatomiques, fonctionnelles qui en faisaient son unité, autant pour la maladie mentale l'objet reste à définir. Si c'est le cerveau on retombe dans la relation de type (A) sans difficulté, mais le psychiatre redevient un spécialiste à part entière avec une dénomination qui découle de son objet : c'est le neurologue.

Si on appelle l'objet le psychisme, l'ambiguïté devient grande. Ce n'est plus un objet techniquement identifiable, c'est plus qu'un objet car il ne repose sur aucun support matériel.

On pourrait encore concevoir ce mode de relation dans certains domaines de la pathologie tel celui des confusions mentales par exemple. Le psychisme y est perturbé et le malade peut être appréhendé en tant que porteur d'un objet (son psychisme) en dysfonctionnement.

Si pour nous, Psychiatres nous avons du mal à concevoir une relation clivée, certains médecins non psychiatres considèrent volontiers le psychiatre comme fonctionnant suivant ce modèle : pour eux il est ce qu'on pourrait appeler un "psychiste".

Nous allons maintenant envisager les difficultés de la communication résultant de l'utilisation de ces différents modèles relationnels. En effet, chaque modèle relationnel suppose un certain type de demande, un support et un but spécifique imprimant à la communication un aspect particulier.

Éliminons les cas où le problème de communication est absent du fait de l'existence simultanée du modèle (A) ou (B) chez le psychiatre et chez le non psychiatre.

Dans ces cas - la demande

- les moyens
- le résultat de la communication coïncident parfaitement entre les 2 médecins.

Nous avons vu qu'actuellement le modèle relationnel du psychiatre est de type (B), si celui-ci est confronté à un médecin (généraliste ou spécialiste) dont le modèle relationnel est de type (A), et si par analogie ce médecin envisage le psychiatre comme fonctionnant suivant le modèle (A) les difficultés seront alors maximum.

Le discours du médecin sera emprunté aux réponses de notre enquête, le discours du psychiatre sera supposé.

COMMUNICATION	MEDECIN	PSYCHIATRE
I - <u>DEMANDE</u> : <u>ou BUT</u>	"Le psychiatre est un spécialiste comme les autres, considéré et utilisé personnellement comme tel" "Il permet de faire un diagnostic clinique des troubles mentaux légers ou importants dont souffrent nos malades et permet d'établir une thérapeutique adéquate".	De quelle demande dois-je tenir compte, celle du médecin ou celle du malade (pour ce dernier, la demande n'est pas explicite, il faut la décoder). Est-ce notre seule fonction que de donner un diagnostic ? Cela peut satisfaire le médecin, mais pour le malade est-ce primordial ? La thérapeutique médicamenteuse ne résoud pas tout, si je ne donne pas de traitement le médecin ne sera pas satisfait.
II - <u>MOYENS</u> :	"La lettre est généralement suffisante, mais elle est trop succincte, elle ne comporte pas de compte-rendu détaillé de l'entretien, ni de la conduite à tenir. Son langage est trop particulier avec de grandes expressions dont la signification est quasi-muette.	Dois-je envoyer le compte-rendu du cheminement relationnel pour satisfaire le médecin ? Est-ce nécessaire ? Est-ce suffisant ? Dois-je aborder le problème de la relation du malade avec son médecin qui est fondamental pour l'amorce d'une cothérapie. Le médecin le sait-il ?
III - <u>RESULTATS</u> :	"Le psychiatre et ses collaborateurs ne résolvent pratiquement jamais les problèmes posés. Le malade n'est guère plus avancé après avoir été vu et même traité par le psychiatre".	- Nous ne savons pas tout résoudre. - Nous ne pouvons pas tout résoudre. - Nous ne devrions pas vouloir tout résoudre. - Nous ne savons pas ce que veut dire guérir au sens somatique du terme.

II - Au-delà de la spécificité du psychiatre et du non psychiatre que nous avons abordé dans la perspective de leur relation respective avec le malade, il nous a paru que l'obstacle à la communication se situe au niveau de la maladie mentale elle-même.

L'objet psychiatrique existe pour nous tous médecins mais il est un objet inacceptable. Pourquoi inacceptable, parce qu'il se traduit par un mode de vie chez les malades qui gêne les autres qui choque. Il est porteur d'évènements, de situations qui dérangent tout le monde avec un fond sonore d'indignation et de bruit. Et son retentissement dépasse le cercle clos de la famille, du cabinet, du psychiatre, de l'hôpital pour se répandre avec ses sombres conséquences dans la cité.

Pourquoi écrivons nous que la maladie mentale est inacceptable pour les médecins ? A travers les réponses à notre enquête, dont nous avons déjà insisté sur le caractère défensif, on sent que les médecins tentent d'échapper à cette crainte du fait psychiatrique en écrivant que ce n'est pas le fait psychiatrique lui-même qui est inacceptable, mais son support qui est le psychiatre en tant qu'homme ; c'est donc l'homme psychiatre qui est inacceptable. On saisit là tout le système défensif de la projection qui permet au médecin de se décharger sur les psychiatres de tous ses problèmes et par là de refuser de les voir comme lui appartenant.

De ce mécanisme projectif découle ce que nous avons décrit dans l'analyse des résultats de l'enquête, sur l'image d'Epinal du psychiatre.

- "Marginal, énigmatique, pas réaliste, au langage ésotérique, homme redouté qui fait peur aux malades.... et au médecin..."
- "qui doit garder les pieds sur terre, que je n'envie pas..."

Un médecin se montre encore plus éloquent en suggérant la nécessité de "débaptiser le psychiatre" comme si on pouvait par ce geste symbolique faire disparaître le fait psychiatrique.

Nous allons tenter de dégager du questionnaire les réponses qui traduisent le caractère inacceptable du fait psychiatrique en les regroupant sous 4 chapitres.

- 1°) L'appréhension du fait psychiatrique
- 2°) La guérison
- 3°) La normalité
- 4°) Il échappe à notre efficacité

a) L'appréhension de l'affection psychiatrique

Le généraliste est dérouté parce qu'il est habitué à une médecine ou la majorité des cas qu'il rencontre entre dans des cadres nosologiques précis, type questions d'externat ou d'internat. Ceci est en contradiction avec ce qu'est bien souvent la maladie psychiatrique. Le diagnostic qu'il demande est remplacé souvent par une description, voire par une explication pathogénique qui est marquée par l'appartenance à telle ou telle école.

b) La guérison

Le fait psychiatrique échappe à la notion de guérison qui dans la perspective médicale est une référence dont l'acceptation est généralement connue.

- "Après quelques séances de narcoses, cure de Sakel, électrochocs... le psychiatre n'écoute que peu le malade. En conséquence, le malade quitte la clinique psychiatrique avec les mêmes problèmes et ses problèmes ne sont pas résolus : guéris pour le psychiatre mais pas pour le médecin".

Pour un médecin nous savons bien ce que le mot guérir veut dire. C'est le but essentiel de tout acte médical. Il vise à faire disparaître les symptômes pathologiques : fièvre, vomissements, douleurs en traitant ce qui est à l'origine de ces symptômes. Tout l'arsenal thérapeutique, médicamenteux ou chirurgical est mis en oeuvre à ces fins.

Lorsque le cal d'une fracture s'est formé, que les os sont soudés en position adéquate il ne fait nul doute pour personne que la fracture est guérie.

Pour nous psychiatres, il est malaisé d'utiliser ce même langage. D'ailleurs le terme de guérison est peu employé chez nous au profit, d'équilibre, de stabilisation, de modification permettant une meilleure existence du malade.

Pourquoi cette impossibilité d'utilisation du terme guérir ?

- Est-ce qu'un halluciné qui n'entend plus ses voix est guéri ?
- Est-ce qu'un phobique qui s'est débarrassé de sa crainte à l'égard d'un objet précis est guéri ?
- Une bouffée polymorphe traitée avec succès nous permet-elle de parler de guérison ?

Pour les psychiatres en effet, la personnalité du malade, le fond, sont plus importants que les symptômes c'est-à-dire l'apparence.

c) La normalité

Là encore la maladie mentale exacerbe le savoir du médecin, le provoque, l'oblige à réfléchir.

- "Le psychiatre est un médecin trop spécialisé qui analyse tous les comportements de l'individu avec une optique particulière, pour lui aucun individu n'est ni simple, ni normal.

Les critères de normalité n'étant jamais définis".

En effet, on a appris au médecin la finesse dans la lecture des radios, des enregistrements ECG ou autres, les résultats biologiques sont précis, inattaquables. Leurs limites sont très nettement indiquées. Il nait de toute cette panoplie d'investigations des certitudes sur l'état de normalité biologique ou d'anormalité biologique.

Pour nous psychiatres, si nous savons à peu près définir ce qui appartient à la maladie mentale, il nous est infiniment malaisé de cerner le concept de "santé mentale".

Où en est la norme ? et par rapport à quoi ? Même statistiquement les contours seront flous dès qu'il s'agira de les appliquer à l'individuel.

d) La maladie mentale échappe à notre pouvoir, à notre savoir

Pour venir à bout d'une affection pulmonaire de nature tuberculeuse on sait qu'il faut un traitement spécifique, certaines règles

de vie : repos, hygiène alimentaire. Et les radios viendront apporter la signature de la guérison. Toute cette conduite à tenir sera proportionnelle à l'importance de l'affection bacillaire et le nombre de paramètre incontrôlable est pratiquement nul.

Pour une affection psychiatrique, il faut un traitement chimique et psychothérapique, mais la multiplicité des facteurs qui entrent en ligne de compte pour freiner, empêcher, voire faire rechuter cette affection psychiatrique, est telle que nos possibilités à un moment ou un autre s'en trouve amoindries.

Ces facteurs ne sont pas quantifiables ni comparables, ni directement rattachables à l'évolution de la maladie mentale : facteurs familiaux, professionnels, sociaux...

Là encore la maladie mentale est inacceptable pour les médecins car elle échappe à son pouvoir, à son savoir.

En témoignent dans notre enquête, le nombre de médecins qui se désespèrent "des succès décevants à long terme..."

Comme l'écrit le Dr. CAIN : la psychiatrie a pour caractère essentiel de "remettre en question".

C'est peut-être en ce sens qu'elle est le plus inacceptable pour les médecins.

Le psychiatre essaye d'avoir une attitude d'ouverture avec un minimum de barrages défensifs ou protecteurs. Mais cette attitude d'ouverture est difficile car génératrice d'angoisse et il faudra l'assumer. Beaucoup de médecins préfèrent avoir recours en face de leurs malades à des "trucs" pour se protéger. Ainsi la réponse si fréquemment fournie à son patient "mais c'est nerveux, ce que vous avez" stoppe brutalement le surnois cheminement de la remise en question.

Le psychiatre se trouvera impliqué devant "ce cas nerveux", l'angoisse du malade sera aussi celle du psychiatre et il essaiera de l'assumer.

A cette remise en question perpétuelle s'ajoute la caractéristique du fait psychiatrique qui "fait surgir les questions sans apporter de réponse absolue". Ceci est angoissant pour un médecin avide de certitude, confiant à l'égard des sacrosaints principes scientifi-

ques. "D'autant plus qu'une question entraîne une autre de façon quasi automatique".

De ce caractère inacceptable du fait psychiatrique découlera l'attitude du médecin face à ses malades. Il enverra ces derniers chez le psychiatre (sans retour) ou s'en débarrassera simplement parce "qu'embêtants, plaintifs, toujours insatisfaits". Cette dernière attitude est à son paroxysme pour le psychotique, qui en plus "est dangereux".

En conclusion, tant que les médecins n'auront pas surmonté le caractère inacceptable de la maladie mentale, la communication avec leurs confrères spécialistes ne peut être que distordue.

Il ne pourra surmonter ce problème que par la "remise en question". Cette démarche, ou plutôt cette attitude d'esprit est-elle acquise, peut-elle s'apprendre ?

Nous abordons là le domaine des perspectives d'avenir dans ce qui pourrait être tenté afin de combler ce fossé entre psychiatres et non psychiatres.

CHAPITRE VII : PERSPECTIVES D'AVENIR

Des grandes tendances dessinées par l'enquête à la question (Ce), on peut retenir que :

- l'exercice du psychiatre,
- la formation du psychiatre,
- la formation du généraliste,

ont évoqué pour nos correspondants des suggestions susceptibles d'améliorer la communication psychiatre-médecin.

Nous allons dégager de ces suggestions ce qui pourrait être concrétisé.

I - L'EXERCICE DU PSYCHIATRE

La critique de la chimiothérapie et l'insuffisance des psychothérapies ont dominé les griefs exprimés par l'omnipraticien.

La première critique nous paraît relever d'une méconnaissance de la pratique psychiatrique actuelle. Il semble pour le médecin, que le psychiatre n'ait pas pour rôle de donner des médicaments, que de toute façon, il en donne trop. Or, si la thérapeutique chimique est souvent symptomatique, elle reste souvent le support indispensable à toute autre forme de thérapeutique psychiatrique. Dans quelques cas, elle est même le seul recours face à la maladie mentale.

N'oublions pas que l'avènement de la psychopharmacologie a bouleversé la pratique psychiatrique et a permis ainsi une multitude d'approches du malade, jusqu'alors impossibles.

Le grief peut-être retourné au généraliste : n'utilise-t-il pas lui aussi la chimiothérapie sans autre support informationnel que les brochures publicitaires aussi éloquentes les unes que les autres sur les vertus "apaisantes, dynamisantes, des drogues ?"

Or, les indications, les posologies sont loin d'être rigoureusement respectées !

Le médecin souhaiterait voir le psychiatre essentiellement psychothérapeute. Or, si c'est là son rôle primordial, n'est-ce pas aussi le rôle de l'omnipraticien que de faire de la psychothérapie ? Certes, beaucoup de médecins ont fait jusqu'à maintenant de la psychothérapie comme Monsieur JOURDAIN de la prose, c'est-à-dire sans le savoir.

Il règne autour du mot psychothérapie, toute une atmosphère de puissance, d'efficacité, de technicité. Le médecin dit n'avoir pas le temps d'en faire (ce qui est vrai) et il reproche au psychiatre de ne pas prendre le temps pour en faire.

En fait, le problème de la psychothérapie se situe dans une perspective globale où psychiatre et médecin doivent collaborer pour sa pleine réussite. Si le médecin envisage la psychothérapie comme un instrument privilégié d'un spécialiste détenteur d'un savoir (ce qui est vrai pour certains types de psychothérapies très spécialisées), il retombe dans le processus de clivage qui lui fait envoyer (passivement) son malade subir une psychothérapie comme il l'enverrait chez un chirurgien pour ablation d'un kyste. La psychothérapie suppose remise en cause du thérapeute, de son malade et de son médecin. C'est l'instauration de toute une dynamique relationnelle schématisée par un triangle, dans laquelle les échanges doivent être permanents ; malade, médecin et psychiatre devant assumer tous les trois les mouvements relationnels pour mieux les maîtriser.



Donc, si la suggestion d'orienter la thérapeutique psychiatrique vers plus de psychothérapie est positive, elle reste à être assumée par le médecin dont le rôle n'est pas purement passif dans cette relation triangulaire.

Le peut-il ? Y est-il sensibilisé ?

II - LA FORMATION DU PSYCHIATRE

C'est la catégorie pour laquelle le nombre d'idées types s'est avéré minimum et pour laquelle l'unanimité des médecins est restée faible.

Et pour cause. Le problème de l'enseignement de la psychiatrie est à l'ordre du jour. On peut dire que la pensée psychiatrique est un perpétuel devenir. C'est inhérent au fait psychiatrique lui-même qui, nous l'avons vu, fait surgir les questions sans apporter de réponse absolue.

Des suggestions rentrant dans cette catégorie, nous retiendrons le souhait que le psychiatre demeure avant tout un médecin. C'est une condition fondamentale pour que la communication puisse exister. Ceci suppose une solide formation d'interniste dont le but serait double :

- d'une part, lui permettre toujours d'appréhender le malade sans sa totalité (évitant le clivage).
- d'autre part, lui conserver sa fonction de "soignant" à part entière. L'oubli du corps pouvant conduire à des méprises doctrinales, à des à priori dogmatiques voire au divorce avec la médecine.

Dans cette perspective, beaucoup de médecins suggèrent que le psychiatre exerce en clientèle de médecine générale avant de s'engager dans la psychiatrie pure. Cette idée est positive pour l'avoir vérifiée en ce qui nous concerne, mais est-ce techniquement possible ?

La longueur des études médicales, les connaissances à acquérir afin de devenir psychiatre sont déjà des nécessités supérieures. Où situer

cet exercice de la médecine générale ?

Quelle sera la durée de formation d'un psychiatre alors ?

III - LA FORMATION DU GENERALISTE

Ces derniers ressentent un manque de formation qui leur fait défaut pour leur pratique quotidienne. Combler ce manque apparaît facile si on l'envisage sous l'angle de l'E.P.U., de colloques, d'articles didactiques.

Mais le médecin sera-t-il plus avancé lorsqu'il connaîtra les signes de la névrose obsessionnelle ou les formes de début de la schizophrénie incipiens ?

Oui, nous diront-ils car nous éviterons de perdre un temps fâcheux pour le malade et avoir ainsi recours au spécialiste de manière plus appropriée.

Mais, en dehors de ces problèmes qui relèvent du diagnostic et donc d'une conduite à tenir, la majorité des névroses ne rentre pas dans des cadres aussi aisément superposables et bien limités. Et c'est dans ces domaines où le médecin, dérouté, insatisfait de son savoir, que le manque se fait le plus ressentir.

Le médecin se trouve en fait devant trois choix :

- soit porter vite le diagnostic de "névrose" et adresser au spécialiste : le malade ne comprendra pas, refusera, le spécialiste n'aura pas le temps de prendre tous ces fonctionnels en traitement psychothérapique,

- soit n'admettre pour réel que la manifestation somatiques d'appel, et la traiter de façon purement symptomatique : c'est en pratique la solution la plus courante, mais elle n'est pas suffisante, car elle ne traite que "l'urgence", et bientôt les symptômes pathologiques réapparaîtront, identiques ou sous une autre forme.

- la troisième solution qui semble s'imposer serait de regarder en face "les implications psycho-thérapeutiques du médecin praticien" (Travaux du Balint) et d'en tirer les conclusions pour l'exercice quotidien.

Dans quelle mesure cela est-il réalisable actuellement ? C'est en pratique impossible pour plusieurs raisons d'ordre pratique et théorique.

Il est impossible au médecin généraliste de consacrer à son malade le temps nécessaire à une psychothérapie ; il est très difficile au médecin exerçant de prendre le temps nécessaire à un perfectionnement thérapeutique, surtout pour acquérir des notions de psychologie.

Il serait très intéressant que des expériences comme celles du groupe Balint en Angleterre soient étendues en France (réunion de 14 omnipraticiens avec un psychiatre). Il est significatif de noter que sur 140 médecins, 3 seulement évoquent ce mode de formation (pour en traduire leur satisfaction d'ailleurs).

C'est par conséquent aux futurs médecins qu'il faudra proposer des études transformées et un métier renouvelé.

Il faudrait former dès la Faculté, et par une filière appropriée (stages...) des médecins ayant une solide formation médicale et psychiatrique conjointe (disons plutôt "internistes et psychothérapeutes" que "psychosomaticiens").

Ce médecin "synthétiste" aura alors cette vision globale de l'homme malade si nécessaire à son exercice. Il sera alors le médecin de famille réhabilité à son rôle essentiel : le plus capable de la psychothérapie quotidienne.

Car on ne peut nier qu'actuellement les généralistes font du travail en série et tendent à s'éloigner de leur rôle de médecin de famille. C'est peut-être un peu excessif mais il y a un glissement qui est

simplement un symptôme du fait que les généralistes ne sont absolument pas formés sur un plan qui n'est pas tellement celui de la psychiatrie, mais celui de la médecine générale, dont en fin de compte la psychiatrie fait partie. C'est ce qui explique cet espèce de transfert auquel on assiste actuellement du médecin de famille sur la psychiatre. Beaucoup de consultations que le psychiatre fait, pourraient être faites par le généraliste si celui-ci était formé.

"Le psychiatre est actuellement le spécialiste qui est le plus proche du généraliste", nous écrit un médecin.

Pourquoi ne pas souhaiter que le généraliste soit le médecin le plus proche du psychiatre ?

CONCLUSION

Si le pourcentage de questionnaires renvoyés demeure faible, ceux-ci par la richesse de leur contenu traduisent l'intérêt porté par les médecins. L'homogénéité des réponses, leur cohérence nous ont permis une approche psychosociologique et chiffrée. Mais du fait du caractère hautement individuel des réponses il s'est avéré nécessaire d'en chercher le sens caché.

Le psychiatre est perçu par la majorité des médecins comme un spécialiste à part, non encore débarrassé des clichés stéréotypés.

Cette ambivalence que les médecins expriment à son égard imprègne les relations. La rivalité au niveau du malade en est la traduction immédiate.

De loin ce sont les aspects négatifs du psychiatre qui ont dominé les réponses avec la critique de la chimiothérapie.

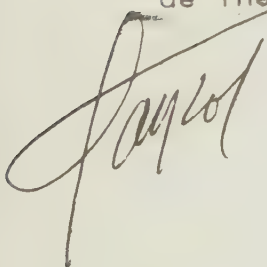
Paradoxalement la majorité des médecins se montre satisfaite des relations avec le psychiatre. Cet optimisme est nuancé par les suggestions émises sur la formation, l'exercice et l'image du psychiatre. Qu'il se fasse connaître, qu'il se débarrasse de son langage hermétique !.

A l'issue de l'approche psychodynamique nous avons exposé les dangers du clivage du patient en corps et esprit. C'est surtout en ce domaine que les perspectives d'avenir s'avèrent les plus importantes ; restaurer l'approche globale du malade.

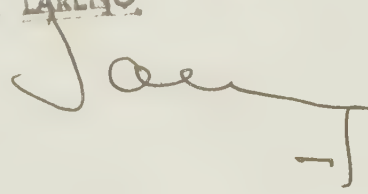
Enfin, nous avons montré la nécessité d'une formation psychologique et psychiatrique de tout médecin. Cette formation doit passer par une sensibilisation vécue, pragmatique. Le psychiatre doit donner l'exemple à suivre en s'impliquant et en soumettant son implication à l'autre.

Reste le problème de la maladie mentale dont le médecin devra apprendre à surmonter le caractère encore trop souvent inacceptable.

VU, le Président
de Thèse : L.F. Gayral



Vu et Permis d'imprimer
Toulouse le 9.5.1975
Le Président de l'Université Paul-Sabatier
L. LABENG



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BALINT M.
"Le médecin son malade et la maladie".
Payot, Paris, 1973
- 2 - BARCIA D., GOMEZ-BENEYTO M., LEAL C., TOMAS I.
"La comunicacion entre los psiquiatras, los medicos generales
y otros especialistas de la ciencias humanas".
- 3 - Congresso dell'associazione mediterranea di psichiatria
Sorrento 19-20-21 Octobre 1972. Napoli, Tipografia Ospedale
Psichiatrico Provinciale, 1972
- 4 - BERTHERAT Y.
"Enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France".
L'Information Psychiatrique, 1965, n° 3, pages 219-251
- 5 - CAIN J.
"Le fait psychiatrique, objet de scandale"
G.M. de France, 1970, Tome 77, Pages 537-544
- 6 - GAYRAL L.
"Les Précis du Praticien - Psychiatrie"
J.B. Baillères et Fils, Paris, 1967
- 7 - LUCCIONI H., BOGGIO-POLA E., SCOTTO J.C.
"La communication entre les psychiatres et d'autres spécialistes
des sciences humaines".
Editeur : voir référence n° 2
- 8 - OULES J.
"Le psychiatre dans la société"
Privat, Toulouse, 1965
- 9 - VOLMAT R., ALLERS G., BIZOUARD P.
"La relation psychologue médecin à l'hôpital, approche psy-
chosociologique".
Journal de Médecine de Besançon, 1973, n° 3, Pages 155-173.

